

***FORMACIÓN EN ATENCIÓN
TEMPRANA:***

Revisión histórica y estado de la cuestión.

**Arizcun Pineda, José
Gútez Cuevas, Pilar
Ruiz Veerman, Elisa
Julio de 2006.**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ORIGEN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA A LA INFANCIA CON DISCAPACIDAD: ...	5
2.1. EL SERVICIO SOCIAL DE RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE MINUSVÁLIDOS FÍSICOS Y PSÍQUICOS: SEREM.	5
2.2. EL REAL PATRONATO:.....	7
2.2.1. <i>El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad:</i>	7
2.2.2. <i>Plan Nacional de Educación Especial:</i>	9
2.3. PRIMERAS ACCIONES FORMATIVAS EN MATERIA DE ESTIMULACIÓN PRECOZ:.....	10
3. BASES LEGALES EN MATERIA DE INFANCIA Y DISCAPACIDAD: ÁMBITO DE SERVICIOS SOCIALES	11
3.1 EL PLAN DE PRESTACIONES PARA MINUSVÁLIDOS FÍSICOS, PSÍQUICOS Y SENSORIALES (1981):	11
3.2. NORMATIVA SOBRE COMPOSICIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS BASE DEL INSERSO:	12
3.3. LA LEY DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE MINUSVÁLIDOS: LISMI (1982).	13
4. BASES LEGALES EN MATERIA DE INFANCIA Y DISCAPACIDAD: ÁMBITO EDUCATIVO.....	15
4.1. REAL DECRETO DE ORDENACIÓN DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL (1982):.....	15
4.2. NORMATIVA SOBRE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS EQUIPOS MULTIPROFESIONALES:	15
4.3. REAL DECRETO DE ORDENACIÓN DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL (1985):.....	16
4.4. LA LEY ORGÁNICA DE ORDENACIÓN GENERAL DEL SISTEMA EDUCATIVO: LOGSE (1990).....	17
4.5. REAL DECRETO 696/1995, DE 28 DE ABRIL, DE ORDENACIÓN DE LA EDUCACIÓN DE LOS ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES:	19
4.6. ACUERDOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES:.....	20
4.6.1. <i>Programa HELIOS II:</i>	20
4.6.2. <i>La Declaración de Salamanca:</i>	21
5. INICIATIVAS PROFESIONALES VINCULADAS AL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA:	22
5.1. EL GRUPO DE ESTUDIOS NEONATOLÓGICOS DE MADRID: GENMA.	22
5.2. EL GRUPO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL DESARROLLO INFANTIL: PADI.	23
5.3. EL GRUPO DE ESTUDIOS NEONATALES Y SERVICIOS DE INTERVENCIÓN: GENYSI.....	23
5.4 GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA: GAT (FEDERACIÓN DE PROFESIONALES DE AT).	24
5.5. ACTIVIDADES FORMATIVAS DESARROLLADAS POR EL REAL PATRONATO:.....	25
6. PRIMERAS ACCIONES DE FORMACIÓN ESPECÍFICA EN AT:.....	26
6.1. PRIMER PROGRAMA DE DOCTORADO EN MATERIA DE ATENCIÓN TEMPRANA:.....	26
6.2. ENCUENTRO NACIONAL DE PROFESIONALES DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA (ÁVILA, 1991):	26
6.3. DESARROLLO DE LA FORMACIÓN DE POSTGRADO EN ATENCIÓN TEMPRANA: PRIMER MASTER EN ATENCIÓN TEMPRANA.	27

7. NECESIDAD DE ANÁLISIS Y CONSENSO EN LA FORMACIÓN DE POSTGRADO EN AT: INICIATIVA DEL GRUPO MASTER DE MÍNIMOS:	29
7.1. BASE ADMINISTRATIVA DE LOS MASTER:.....	29
7.2. EL GRUPO MASTER DE MÍNIMOS:	29
8. CONTRIBUCIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN EN MATERIA DE DISCAPACIDAD AL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA:	34
8.1. APORTACIONES DEL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: ..	34
8.2. LOS PLANES DE ACCIÓN ESTATALES:.....	35
8.3. EL PLAN DE ACCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA (CERMI, 2004):	35
9. FORMACIÓN Y DOCUMENTOS SOBRE CALIDAD:	37
9.1. CRITERIOS DE CALIDAD EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA (GRUPO PADI, 1996):	37
9.2. MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN ATENCIÓN TEMPRANA. (FEAPS, 2001):.....	37
9.3. GUÍA DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN ATENCIÓN TEMPRANA (IMSERSO, 2004):	38
10. LA FORMACIÓN EN AT EN EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR:	39
10.1 LA AGENCIA EUROPEA PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL:	39
10.2. EBIFF: CURRICULUM FOR THE PROFESSIONAL TRAINING IN EARLY CHILDHOOD INTERVENTION:	40
10.3. TRANSATLANTIC CONSORTIUM OF EARLY CHILDHOOD INTERVENTION:.....	41
11. CONCLUSIONES SOBRE LA FORMACIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA:	43
11.1. RELATIVAS A LA TRAYECTORIA HISTÓRICA:	43
11.2. RELATIVAS A LA FORMACIÓN:.....	45
11.3. REFLEXIÓN FINAL:	46
BIBLIOGRAFÍA	47

1. INTRODUCCIÓN:

La prevención y atención de los trastornos del desarrollo infantil precoz ha tenido diferentes respuestas a lo largo del tiempo, de acuerdo con las características científicas y asistenciales de cada momento. A medida que la Atención Temprana (AT, término genérico que emplearemos a lo largo del texto) se ha afianzado como recurso de atención a las necesidades de esta población, se han ido desarrollando diferentes iniciativas en relación con la organización de los servicios asistenciales, así como medidas relativas a la formación de los profesionales.

La evolución de los planteamientos científicos y de las necesidades asistenciales ha contribuido al desarrollo de los diferentes perfiles y de las competencias profesionales, pasando de un modelo meramente asistencial y centrado en la discapacidad del niño, a otro que asume el carácter integral de las actuaciones y que enfatiza los entornos del mismo.

La asunción de nuevos modelos de concepción y de actuación en el campo de la infancia y la deficiencia han condicionado, sin duda, el tipo de formación exigido para el ejercicio profesional: ¿se debe formar, de modo específico, a los profesionales de las disciplinas tradicionales o es necesario crear nuevas profesiones y con ello nuevas titulaciones?

El presente texto nace con la pretensión de revisar los principales hitos que han marcado el nacimiento de la AT, como recurso institucional y sistemático, y las medidas formativas y de divulgación científica que han acompañado las diversas formas de abordar la problemática de las deficiencias / discapacidades en la edad infantil precoz. Como veremos en el documento, las acciones de carácter divulgativo han tenido un importante peso, tan es así que en ocasiones han servido como único vehículo de transmisión de las nuevas concepciones, técnicas y experiencias de organización y atención en este novedoso campo.

Entendemos que la formación de los profesionales de la Atención Temprana es uno de los aspectos clave para la sistematización y generalización de servicios de AT de calidad. Así, la formación en AT debe contemplarse como una exigencia profesional.

Partiendo de esta premisa, se hará una revisión y análisis de las diferentes respuestas organizativas y formativas que han acompañado el desarrollo de la AT hasta llegar al estado actual de la cuestión.

2. ORIGEN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA A LA INFANCIA CON DISCAPACIDAD:

La historia de la AT y del desarrollo de acciones sistemáticas y con cobertura institucional, tiene una corta trayectoria tanto en España como a nivel internacional. Como recoge ¹Demetrio Casado en el documento ²*La Atención Temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo*, la historia de la AT en España comienza en la década de los setenta.

Si bien los primeros esfuerzos para atender a la infancia con discapacidad se debieron a la iniciativa particular de determinadas personas, en el origen de la AT hubo importantes medidas institucionales que trataron de dar respuesta a las necesidades asistenciales y educativas de estos niños: por un lado desde sanidad y servicios sociales (dependientes entonces de la misma estructura administrativa) y, por otro, desde el sistema educativo. En este momento se forjarán los diferentes modelos de organización y atención que condicionarán, años más tarde, el desarrollo normativo y la actividad en este campo, así como la formación de los profesionales.

2.1. El Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos: SEREM.

Tradicionalmente, la atención de las personas con discapacidad ha sido competencia de los servicios sociales. A partir de un primer momento en que la discapacidad era motivo de ocultación, determinadas organizaciones y personas movidas por un sentimiento caritativo, comienzan a institucionalizar a los “*deficientes*”. Progresivamente, y a medida que se van cubriendo las primeras necesidades de la población, son servicios públicos los que empiezan a asumir la atención de estas personas y, con ello, el convencimiento de que también son personas susceptibles de mejorar con determinados tratamientos.

Para llegar al origen de la atención a la primera infancia, debemos remontarnos a los años setenta, momento en que la atención a personas con deficiencias estaba circunscrita al recurso asistencial del SEREM, creado por **Decreto 2531 / 1970, de 22 de agosto**.

Si bien el SEREM fue el primer organismo de carácter institucional que se encargó de la atención a las personas con discapacidad, no se atendían todavía las necesidades de la infancia de forma específica.

El SEREM comenzará a dar cobertura también a la población infantil a partir del **Decreto 731/1974, de 31 de marzo**, por el que se fusionan los Servicios Comunes de la Seguridad Social de Asistencia a los Subnormales y de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos. Así, a través del *Servicio de Minusválidos Psíquicos*, el SEREM se hace

¹ Demetrio Casado ha estado vinculado al desarrollo de la AT a través de su trabajo en el SEREM (Servicios de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos), primero como Director del Gabinete de Estudios y Planificación y después como Director General, y más tarde en el Real Patronato sobre Discapacidad, del que fue Secretario Técnico Ejecutivo.

² En:

http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia_ATDemetrio.pdf

extensivo a la infancia bajo un conjunto de novedosas técnicas: la ³“*estimulación precoz*”.

En esta primera fase, el SEREM subvencionaba las iniciativas existentes en diferentes comunidades, en su mayoría de padres de niños afectados, de voluntarios y de instituciones que venían trabajando en el campo de la discapacidad y la infancia.

En el marco de actividad del SEREM, se articuló una línea de “formación de personal especializado”, mediante el desarrollo de diferentes cursos y cursillos. Uno de los más importantes, de carácter oficial, fue el ⁴“*Curso de Educador de Subnormales*”. En 1975, el Ministerio de Educación autorizó al SEREM la organización de este curso, creándose así una nueva rama de Formación Profesional de segundo grado, que se empezaría a impartir en el año 1975 en diferentes autonomías.

Esta Formación Profesional de grado dos, junto con la especialización en ⁵*pedagogía terapéutica* a partir de la Licenciatura en Filosofía y Letras, sección de Pedagogía, constituyeron las primeras titulaciones regladas que en materia de “educación especial” dispuso el Ministerio de Educación (una a cargo de la Formación Profesional y otra a cargo de la Universidad).

Otros cursillos de formación de personal desarrollados por el SEREM en esta primera fase fueron: *Cursillo de Monitores*, *Cursillo de ocio y Tiempo Libre*, *Cursillo de Auxiliar Educativo*, etc. De acuerdo con las características de este primer momento, se trataba de una formación marcadamente asistencial.

Además de la formación, el SEREM promovió acciones divulgativas como fue la publicación, en 1975, del primer “Boletín de Estudios y Documentación del SEREM” (con carácter trimestral). En los diferentes boletines destaca el interés suscitado por las experiencias de *estimulación precoz* que se desarrollaban en diferentes comunidades y en países europeos.

Así, los anteriores cursos y el Boletín fueron los recursos formativos e informativos con que contaron los profesionales del SEREM.

En una segunda fase, a partir del **Real Decreto – Ley 36/1978**, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). A partir de esta normativa, nacen las tres grandes áreas dependientes del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (creado por Real Decreto de 4 de junio de 1977): el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).

Esta normativa supuso un importante impulso de cara a la institucionalización de la *estimulación precoz*. A partir de este momento, el SEREM (dentro del INSERSO), comienza a desarrollar ⁶“cursillos de estimulación precoz” y el primer ⁷ “curso de estimulación precoz”

³ A lo largo del documento encontraremos las diferentes acepciones con que se ha definido la Atención Temprana en función de la concepción que subyacía a cada momento, así: estimulación precoz, estimulación temprana y, definitivamente, atención temprana.

⁴ A partir del curso 77 – 78, el Departamento de Minusválidos Psíquicos comenzó una nueva etapa en la formación de educadores centralizando estos estudios en Madrid y creando una única Escuela de Formación de Educadores.

⁵ La especialización en Pedagogía Terapéutica era concedida previa acreditación de haber cursado las siguientes materias: Educación Especial, Fundamentos Biológicos de la Educación y Psicopatología.

⁶ En 1978 el SEREM comenzó a impartir cursillos sobre la estimulación del deficiente en los dos primeros años de vida, para los titulados medios de sus plantillas: educadores, puericultoras, A.T.S., etc.

⁷ Si bien este curso se desarrolló en el periodo 1977 – 1978, previo a la creación del INSERSO, es a partir de este momento cuando los cursos y cursillos de *estimulación precoz* se consolidan, así como el tratamiento de esta temática en encuentros, reuniones y congresos.

para los técnicos del SEREM.

A partir de lo anterior y como veremos más adelante, el nacimiento de los primeros *centros de estimulación precoz* obedeció a diferentes situaciones: subvención de asociaciones de afectados y de instituciones que ya trabajaban en este ámbito previamente, la integración de los recursos existentes en la actividad del INSERSO y más tarde la creación de otros nuevos en el marco de los Centros Base del INSERSO (no sólo dedicados a la primera infancia). Ante este panorama tan difuso, primero el SEREM y más tarde el INSERSO, hicieron importantes esfuerzos en aras de homogeneizar criterios de atención y de organización de los servicios, así como de responder a las necesidades formativas planteadas en cada provincia.

Todo ello se manifiesta en las memorias del SEREM sobre el ejercicio de los diferentes años, y en la publicación del Boletín. El análisis de ambos documentos refleja que, desde el inicio, se prestó una especial atención al modo de organización propio de los países europeos con más trayectoria en este campo, cuestión que influyó más adelante en la regulación sobre la organización y composición de los servicios de estimulación precoz.

2.2. El Real Patronato:

Desde el ámbito institucional, destaca también la labor de apoyo que, a lo largo de todas las acciones relacionadas con la atención a la infancia con deficiencias, desarrolló el entonces ⁸**Real Patronato de Educación Especial**, creado por **Real Decreto 1023 / 1976, de 9 de abril**.

En el mismo año de su creación, el Real Patronato convocó un grupo de trabajo para tratar las temáticas de la prevención de la subnormalidad y de la educación especial, iniciativa que se transformó en la creación del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes (creado por **Real Decreto 2276/21 1978 de 21 septiembre**).

De ello se infiere que el Real Patronato asumió un modelo de atención integral, en el que la prevención de las deficiencias y la educación estaban unidas. Así, en 1978 asistimos al nacimiento de las dos primeras medidas que trataron de atender la problemática de las deficiencias: el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad y el Plan Nacional de Educación Especial.

2.2.1. El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad:

El **Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad (PNPS)**, publicado por **Real Decreto 2176 de 1978**, es el resultado de una extensa coordinación de todos los sectores públicos y privados, científicos, académicos y asistenciales, con competencias en la prevención de la subnormalidad y preocupados por la misma. Para su instrumentalización, se creó un Consejo Nacional de Prevención de la Subnormalidad, con una amplia participación de científicos y profesionales de toda España, y un Comité Ejecutivo como órgano pertinente de aquél.

Este plan supuso la puesta en marcha de toda una serie de acciones asistenciales, informativas y normativas en los ámbitos perinatólogico (embarazo, parto y recién nacido), nutricional - pediátrico (vacunas, enfermedades de niños, accidentes, programa nutricional) y

⁸ En el transcurso del tiempo, en sucesivas normativas se ha cambiado el nombre de este organismo para ajustarse a las nuevas concepciones y funciones, así:

- Real Patronato de Educación Especial (1976).
- Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes (1978).
- Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (1986).
- Real Patronato sobre Discapacidad (2000).

metabólico – genético (cribaje de metabopatías, enfermedades genéticas), cuyo objetivo general fue, de acuerdo con su denominación, la *prevención de la subnormalidad*. (Ver Anexo 1).

Como se puede observar en el Anexo 1, el conjunto de las acciones constituye un Plan Integral de Prevención primaria y secundaria, que abarca todas y cada una de las medidas. Las tres áreas antes descritas (perinatológica, nutricional-pediátrica y metabólica-genética) incidieron en la etiopatogenia de las discapacidades pediátricas precoces, así como en la cuestión de la formación.

En el marco de acción del PNPS, y con objeto de comprobar la validez de dicho plan, en diciembre de 1981 se celebró el “*Simposium Internacional sobre experiencias y resultados de programas de prevención de la subnormalidad*”, en el que participaron expertos de Bélgica, Holanda, Suecia y Usa.

En aras de contrastar las bases científicas del PNPS y de actualizar los currículos de formación, además del anterior encuentro se celebró un año más tarde un “*Simposium internacional sobre educación pediátrica*”, con el objetivo de resaltar problemas en la formación referente a las discapacidades. A este simposio le siguió, en enero de 1983, una conferencia/coloquio para conocer el programa perinatológico francés sobre morbimortalidad/deficiencias y costos, así como el programa de formación que planteaba.

Entre las diversas acciones que componen el PNPS, resaltaremos aquéllas relacionadas con la organización asistencial a los niños con problemas y con la formación de los profesionales que debían atenderles.

En relación con la formación, destaca la ⁹**acción número 22** sobre “*elaboración de estudios previos y puesta en práctica de programas sobre reactualizaciones profesional y perinatológica*.. Esta acción tenía por objetivo:

“*Establecer programas de formación, reactualización y entrenamientos en técnicas diagnósticas y terapéuticas preventivas así como los cuidados asistenciales en el área de la prevención de la subnormalidad*”.

En el año 1982, el desarrollo de la Acción 22 supuso un total de 15 convenios con Instituciones universitarias y hospitalarias; demanda que aumentó en el año 1983.

Destacar así mismo la ¹⁰**acción número 25**, sobre “*Creación y mantenimiento de unidades de seguimiento madurativo para recién nacidos de riesgo de subnormalidad*”. Esta medida contemplaba los siguientes objetivos:

“*El estudio de la maduración del sistema nervioso de las poblaciones de niños de alto riesgo de subnormalidad, así como evaluar periódicamente el desarrollo de esta población en razón a sus riesgos, afectación o en su caso a la terapia que se le haya podido instaurar*”.

Esta acción dio origen, en el año 1982, a 15 convenios con diversas Comunidades Autónomas y la creación, en algunos hospitales, de *unidades de seguimiento madurativo para recién nacidos con riesgo de subnormalidad*, denominadas unidades de “*maduropatías*”. A lo largo del año 1983 hubo una creciente demanda para la creación de estas nuevas unidades.

⁹ Memoria del Consejo Nacional de Prevención de la Subnormalidad. 1982.

¹⁰ *Idem*.

Las características del trabajo en estas unidades plantearon, en este momento, la necesidad de contar con una clasificación de niños de “alto riesgo perinatal” y con equipos multiprofesionales para atender las nuevas demandas asistenciales y profesionales.

Como hemos visto, el PNPS fue un plan consistente, con una sólida base científica, que inició el desarrollo de todas las medidas necesarias para organizar un sistema de prevención y atención, incluyendo también medidas relativas a la formación y al desarrollo de acciones de divulgación científica para el enriquecimiento de los profesionales.

Aunque el PNPS desapareció en 1983, bastantes de las acciones iniciadas persistieron, encontrando recursos y acomodos institucionales que facilitaron su desarrollo.

2.2.2. Plan Nacional de Educación Especial:

La segunda gran medida del Real Patronato, el **Plan Nacional de Educación Especial (PNEE, 1978)**, fue un plan muy novedoso que se adelantó a la forma de pensar del momento. Inspirándose en el ¹¹ “Informe Warnock”, el PNEE estableció los principios y los criterios respecto de la educación de los alumnos con deficiencias.

En relación con los principios, se delimitan por primera vez aquellos que regirán la Educación Especial en posteriores normativas y, años más tarde, la propia Atención Temprana: *normalización* de los servicios educativos, *integración escolar*, *sectorización* de los servicios e *individualización* de la enseñanza.

En cuanto a los criterios de atención educativa de los niños con deficiencias, el Plan Nacional de Educación Especial previó la puesta en marcha de servicios de apoyo a la Enseñanza General Básica, la creación de aulas especiales y el establecimiento de equipos multiprofesionales. Así mismo, el Plan contemplaba el desarrollo de Servicios de valoración y seguimiento, de carácter sectorial, que integraban ¹²Departamentos de Estimulación Precoz:

“Las actividades de este Departamento están dirigidas a niños menores de 6 años. Su finalidad es efectuar la valoración, orientación y tratamiento. Debe considerarse, asimismo, función fundamental de este Departamento, la capacitación y orientación de las madres y de los servicios (guarderías especializadas, guarderías normales, jardines de infancia, etc)”.

Como vemos, la cuestión la formación alcanza una notable trascendencia, convirtiéndose en una de las funciones de estos Departamentos: la *capacitación de servicios*.

Tan es así, que incluso la cuestión de la formación es desarrollada en el capítulo cuarto del Plan, sobre “Formación de Personal”. Este capítulo destaca la *“necesidad de que todo profesional reciba una información adecuada sobre los sujetos especiales”*. En este punto es interesante la delimitación del itinerario formativo de los profesionales, según sean personal educativo o de apoyo:

- Personal educativo: formación básica de profesor de EGB y especialización en: deficientes mentales, problemas de aprendizaje, parálíticos cerebrales y autistas, sordos e hipoacúsicos, ciegos y deficientes visuales.

¹¹ En 1974, el gobierno británico encargó la elaboración de un informe que tratara la formulación de políticas de integración en materia de discapacidad. Para ello, se creó una comisión presidida por Mary Warnock. El Informe Warnock (*Warnock Report*) fue publicado en 1978, condicionando a nivel internacional una nueva concepción de las necesidades educativas especiales. Una de sus líneas prioritarias fue la formación y perfeccionamiento del profesorado, reclamando un mayor formación inicial en cuestiones relativas a la Educación Especial así como una formación de postgrado y continua.

¹² Como vemos, la actividad de estos Departamentos se dirige a niños menores de seis años; esto quiere decir que la administración educativa se encarga de esta prestación incluso antes del periodo de escolarización obligatoria.

- Aquí aparece también la figura del “educador” con el siguiente recorrido: bachillerato superior y formación teórico – práctica de dos años.
- Personal de apoyo: formación básica (ya sea de medicina, psicología, asistencia social, etc.) y especialización para este campo (sin explicitar las características de tal especialización).

El modelo que subyace a este planteamiento resalta, por vez primera, la necesidad de una especialización en los diferentes tipos de deficiencias.

En relación con los ¹³equipos multidisciplinares generales, no sólo de estimulación precoz, la composición era la siguiente: 1 director, 4 pedagogos, 10 psicólogos, 6 asistentes sociales, 4 médicos, 2 expertos en trabajo, 10 logopedas y 6 fisioterapeutas.

Como vemos, se trata de un modelo “multiprofesional” en el que aparece la distinción entre los dos tipos de atención: por un lado los profesionales que valoran, y por otro los que intervienen. Esta diferenciación condiciona así mismo el nivel de titulación académica exigido. Como veremos más adelante, este modo de organización trascenderá también a los servicios sociales.

Como aspecto positivo, destaca el hecho de que se contemple por primera vez la necesidad de una formación específica para los profesionales que trabajan con niños con deficiencias, como demuestra la especialización en los diversos trastornos del desarrollo infantil.

2.3. Primeras acciones formativas en materia de Estimulación Precoz:

Al tiempo que se desarrollaba todo el movimiento institucional descrito, también algunos profesionales que venían atendiendo los problemas del desarrollo infantil sintieron la necesidad de informarse sobre aquellas actuaciones y técnicas de atención al niño con deficiencia denominadas de “estimulación precoz”. Buen ejemplo de ello fue la celebración del primer curso de “estimulación precoz”, en 1973, dirigido por ¹⁴Carmen Gayarre: “*Curso breve teórico – práctico de estimulación precoz para niños de cero a cinco años*”.

El interés por la formación de los profesionales relacionados con las etapas tempranas del desarrollo siguió consolidando la presencia de esta “nueva disciplina”; así, Carmen Gayarre organizó otro curso entre febrero y marzo de 1975 con diferentes ponencias sobre temas de estimulación.

En relación con las actividades divulgativas en materia de discapacidad, destaca en este momento la celebración de la Primera Conferencia Nacional para la Integración de Minusválidos, conocida como *Minusval – 74*. Si bien estuvo centrada en la integración social y laboral de las personas con discapacidad, comienza a emerger la preocupación por la prevención de las deficiencias, así como la necesidad de la formación de personal especializado.

Todo lo anterior permite afirmar que, en el inicio de la AT, hubo importantes medidas institucionales, apoyadas por personas preocupadas por estas cuestiones, que promovieron el

¹³ La ratio establecida era de un equipo por cada 250000 – 300000 habitantes.

¹⁴ En su artículo *La Atención Temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo*, Demetrio Casado explica la figura y trayectoria de Carmen Gayarre, así como la naturaleza de los cursos que dirigió, que contaron con la presencia de expertos provenientes de Argentina, Uruguay y USA (véase Lydia Coriat, Eloisa García Etchegoyen y Mary Anne Newcomb).

desarrollo de este nuevo recurso, contemplando del mismo modo acciones formativas que se desarrollaron en mayor o menor medida.

Fruto de las características científicas y asistenciales del contexto, no se generalizaron todavía propuestas formativas que estuvieran validadas por parte de los organismos responsables de la formación, como es el caso de la Universidad. Como veremos más adelante, a medida que los planteamientos científicos evolucionan y los recursos asistenciales cambian, la Universidad empezará a responder con la creación de nuevas titulaciones y cursos de especialización.

3. BASES LEGALES EN MATERIA DE INFANCIA Y DISCAPACIDAD: ÁMBITO DE SERVICIOS SOCIALES.

Después de las anteriores iniciativas, a lo largo de la década de los ochenta tiene lugar un importante desarrollo normativo en el campo de la infancia y la discapacidad.

Mientras que en los servicios sociales y educativos comienza a institucionalizarse la *estimulación precoz o temprana*, en el caso concreto de los servicios sanitarios destaca, tras la extinción del PNPS, una clara ausencia de medidas institucionales que contemplen o garanticen estas actuaciones, si bien persisten muchas de las acciones puestas en marcha por el PNPS, y otras nuevas que nacen al abrigo de las iniciativas de la sección de Neonatología de la Sociedad Española de Pediatría (SEP).

Lo interesante de las medidas que a continuación expondremos, es que contemplaron en su desarrollo la formación de los profesionales, así como cuestiones relativas a la composición de los equipos y la “multidisciplinariedad”, las cuales quedan recogidas en diversos apartados de los textos legales.

3.1 *El Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales (1981):*

Como vimos en el apartado anterior, primero el SEREM y más tarde el INSERSO, fueron los primeros organismos que se encargaron de la *estimulación precoz*. Además de las medidas de fomento ya citadas, el SEREM publicaba anualmente los “*planes de acciones de recuperación*”. En el plan correspondiente al ejercicio del año 1977, se contemplará por vez primera la estimulación como una de las modalidades de recuperación (si bien en un primer momento las prestaciones se restringían a la minusvalía psíquica) (J M^a Alonso Seco, 2000).

En el año 1980, el *Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos Físicos y Psíquicos* unifica la atención a estos dos grupos de deficiencias, de forma que la estimulación se hace extensiva a ambas. Así mismo, en el marco de acción de este plan tiene origen, por medio de la Resolución de 11 de enero de 1980, la creación de nueve Servicios piloto de Estimulación Precoz en diferentes comunidades autónomas.

Ya en el año 1981, la Resolución de 27 de enero, de la Dirección General del INSERSO, por la que se aprueba el **Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales**, consolida los servicios de *estimulación precoz*, que comienzan a trabajar como unidades específicas integradas en los Centros Base, con un personal definido y cada centro con un proyecto de Estimulación Precoz propio. (J M^a Alonso Seco, 2000).

Este Plan supuso un importante esfuerzo en aras de crear recursos multidisciplinares,

pues integró a las plazas ya existentes de logopeda, psicomotricista y asistente social, nuevas¹⁵ categorías profesionales: psicólogo, pedagogo, fisioterapeuta y técnico en estimulación.

3.2. Normativa sobre composición y funcionamiento de los Centros Base del INSERSO:

Un año después del Plan de Prestaciones, en la **Circular 8/1/82** se aprueba el documento anexo “*Organización y Funciones de los Centros Base del Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos del INSERSO*”. Así, en 1982 nos encontramos con que los **Centros Base** se organizan de acuerdo a la siguiente estructura:

- 1) **Estructura:** áreas de dirección, de información y primera orientación, de valoración y orientación y, por último, de tratamiento (con sus funciones también delimitadas).
- 2) **Tratamientos:** terapia ocupacional, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia y atención precoz (con sus respectivas funciones).
- 3) **Plantilla** de personal por áreas:
 - Dirección: director del Centro (T.S. funcionario), 1 ejecutivo, 2 auxiliares y 2 ordenanzas.
 - Información y primera orientación: 1 asistente social.
 - Valoración y Orientación: 1 médico rehabilitador, 1 psicólogo, 1 pedagogo, 1 asistente social y 1 técnico de empleo.
 - Tratamiento: 1 fisioterapeuta, 1 logoterapeuta, 1 psicomotricista, 1 terapeuta ocupacional y 1 técnico en estimulación.

Este modelo de organización puede considerarse como el primero en configurar un servicio de estimulación precoz con mayor formalidad.

Si bien la cuestión de la multiprofesionalidad empezó a ser objeto de preocupación, en un principio sólo se contempló desde el punto de vista de la composición de los equipos, es decir, sin llegar a plantearse y a asumirse aún como una metodología de trabajo.

La organización de los equipos de *estimulación precoz* que planteó el INSERSO arrancó con una contradicción a nivel socio - educativo, pues se demandaron algunos perfiles profesionales que no encontraban correspondencia con las titulaciones que la universidad ofertaba en aquel entonces (véanse el “psicomotricista” y el “estimulador precoz”). Se trataba de un modelo muy moderno que quedaba descontextualizado en la realidad asistencial y académica del momento, situación que en parte persiste en la actualidad.

Siendo un modelo que data de 1982, resulta llamativo que permanezca prácticamente igual hasta el momento (incluso después de la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas). De hecho, servirá de modelo para otros organismos que irán entrando en el mundo de las deficiencias / discapacidades de la infancia, a excepción del mundo médico – rehabilitador.

En relación con la formación, un año después de la publicación del Plan, el INSERSO continúa la línea del SEREM asumiendo la necesidad de formar a los profesionales dedicados

¹⁵ Por medio de la orden de 1 de julio de 1980, sobre la contratación de personal laboral del INSERSO, que permitía contratar a un psicólogo, pedagogo, fisioterapeuta y varias plazas de “terapeuta en estimulación”.

a la prestación directa de servicios en las técnicas de *estimulación precoz*:

“Se ha elaborado un plan de formación dirigido fundamentalmente a la capacitación y reciclaje de los distintos profesionales (...). La temática más relevante ha sido la referida a la atención precoz (...).” (Memoria de actividad del INSERSO: programa de planificación, dirección y control, 1982: 20).

Así mismo, en diciembre del año 1982 el INSERSO celebrará un Simposio sobre Atención Precoz con el objeto de dar a conocer y contrastar las experiencias de los diferentes equipos de *estimulación precoz* que comenzaron a funcionar a raíz de la Resolución 11 de enero de 1980 (si bien algunos existían con anterioridad subvencionados por el SEREM).

En este encuentro, celebrado en Madrid, se analizaron los resultados de los nueve servicios piloto puestos en funcionamiento, así como otras experiencias provenientes del ámbito médico y de la rehabilitación.

El anterior simposio y el tratamiento de cuestiones relacionadas con la estimulación precoz en diferentes reuniones y congresos, fueron los recursos efectivos de formación en este periodo. En sucesivos años se desarrollaron cursillos pero sólo en algunas comunidades. No será hasta el año 1984 cuando se detalle por vez primera un cursillo de estas características, en Cuenca, para 60 participantes (como recoge la Memoria de Actividades del INSERSO del año 1984). Este dato nos da una idea de la escasa generalización de la actividad formativa en este periodo.

3.3. La Ley de Integración Social de Minusválidos: LISMI (1982).

También desde el ámbito social, se promulga la primera ley que da carta de naturaleza a las cuestiones que venimos tratando: la prevención y atención de las discapacidades y la necesidad de una formación especializada al efecto. Se trata de la **Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de minusválidos (LISMI)**, la cual supuso el desarrollo de medidas de acuerdo a los preceptos de la Constitución en materia de atención a personas con minusvalías:

- Título I, Principios generales: “Los principios generales que inspiran la presente ley se fundamentan en los derechos que el artículo 49 de la Constitución reconoce, en razón a la dignidad que les es propia, a los disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales para su completa realización personal y su total integración social (...)”.

Estrechamente vinculado con la AT, en el Título III de la LISMI (1982) se expone la cuestión de la *Prevención de las Minusvalías*:

- Artículo 8. La prevención de las minusvalías constituye un derecho y un deber de todo ciudadano y de la sociedad en su conjunto y formará parte de las obligaciones prioritarias del Estado en el campo de la salud pública y de los servicios sociales.

En relación con la formación, en el Título IX, sobre *Otros aspectos de la atención a minusválidos*, encontramos dos artículos que hacen interesantes aportaciones sobre la profesionalización y la necesidad de formación de los equipos:

- Art. 62. 1: La atención y prestación de los servicios que requieran los minusválidos en su proceso de recuperación e integración deberán estar orientadas, dirigidas y realizadas por personal especializado.

- Art. 62. 2: Este proceso, por la variedad, amplitud y complejidad de las funciones que abarca, exige el concurso de diversos especialistas que deberán actuar conjuntamente como equipo multiprofesional.

- Art. 63. 1: El Estado adoptará las medidas pertinentes para la formación de los diversos especialistas, en número y con las cualificaciones necesarias para atender adecuadamente los diversos servicios que los minusválidos requieren, tanto a nivel de detección y valoración como educativo y de servicios sociales.

- Art. 63. 2: El Estado establecerá programas permanentes de especialización y actualización, de carácter general y de aplicación especial para las diferentes deficiencias, así como sobre modos específicos de recuperación, según la distinta problemática de las diversas profesiones.

Los artículos seleccionados son de un gran valor porque implican un posicionamiento del Estado en materia de atención a las minusvalías y de formación de los profesionales. Mediante esta ley, el Estado se compromete a formar a los profesionales, tanto de los ámbitos médico, como educativo y social, para que puedan atender las necesidades de las personas con discapacidad. Además, especifica la necesidad de adecuar la formación, ya sea de especialización o de actualización, a las necesidades de cada perfil profesional.

Si bien en la LISMI se contemplaron, por vez primera y con rango de ley, interesantes medidas de formación de los profesionales, en su desarrollo no encontramos tales acciones formativas. Esto no es exclusivo de la formación, otras importantes como las relativas a la prevención de deficiencias se quedaron a medio camino. Esperamos que, al igual que se ha venido desarrollando la LISMI para cubrir derechos sociales de las Personas con Discapacidad, se haga igual para su cumplimentación en lo que concierne a la formación de los profesionales y a la prevención.

4. BASES LEGALES EN MATERIA DE INFANCIA Y DISCAPACIDAD: ÁMBITO EDUCATIVO.

Como vimos en el segundo apartado, el campo educativo tiene un temprano desarrollo en relación con la atención a las discapacidades y la organización de “equipos multiprofesionales”. Recordemos que ya el PNEE (1978) planteaba ideas tan novedosas como el desarrollo de Departamentos de Estimulación Precoz, la atención a niños entre cero y seis años, la necesidad de una formación específica en las diferentes deficiencias y los principios de integración y normalización de los *sujetos especiales*.

A continuación, haremos un breve recorrido por las normas que han regulado la atención educativa al alumnado con deficiencias, hasta alcanzar la plena integración del mismo, destacando las cuestiones relativas a la formación de los profesionales. Como denominador común de las normativas que delimitaremos, resalta el hecho de que la administración educativa se ha comprometido, a veces por delante de otras administraciones, a la atención de la infancia con discapacidad e incluso a la AT de forma específica.

4.1. Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (1982):

Desde el *ámbito educativo*, el Ministerio de Educación y Ciencia promulga el **Real Decreto 2639/1982, de 15 de octubre, de ordenación de la Educación Especial (EE)**. Como veremos en el siguiente artículo, el modelo que subyace a esta concepción, continuando con los preceptos de la LISMI, contempla el aspecto social de la integración.

- *Art. 1: La Educación Especial tiene como finalidad preparar, mediante el tratamiento educativo y rehabilitación adecuados, a las personas que presenten deficiencias o inadaptaciones para su incorporación tan plena como sea posible, en cada caso, a la vida social.*

También es interesante destacar los principios didácticos que se plantearon, análogos a los que el PNEE destacó unos años antes:

- *Art. 2: La Educación Especial se acomodará en su desarrollo y organización a los principios de individualización, integración, normalización y sectorización.*

La concreción de estos principios supone la asunción de un modelo educativo de atención a los niños susceptibles de recibir EE, con el rango legal suficiente para desarrollarse sistemáticamente en toda España.

4.2. Normativa sobre organización y funciones de los equipos multiprofesionales:

En relación con la organización de los equipos multiprofesionales dependientes del Instituto Nacional de Educación Especial, la **Orden de 9 de septiembre de 1982** (anterior al Real Decreto citado pero vigente hasta la promulgación de la Orden de 9 de diciembre de 1992), será la que regule la composición y funciones de dichos equipos.

- *Art. 1: Los equipos multiprofesionales, como instrumento que contribuye desde aspectos multidisciplinarios a un mejor desarrollo del proceso educativo, orientarán su actuación a los principios de individualización e integración educativas, en un ámbito territorial determinado.*

- *Art. 2: Los equipos estarán básicamente constituidos sobre la participación de los siguientes profesionales: dos pedagogos, dos psicólogos, dos médicos, un asistente social y un auxiliar administrativo.*

Como vemos, se trata de un modelo de actuación que continúa en la línea de las anteriores medidas y muy en consonancia con el PNEE.

4.3. Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (1985):

En 1985, la promulgación del **Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial**, implicará, por primera vez, la integración de alumnos de esta modalidad educativa:

- *Capítulo I, art. 2º, 1: “La Educación Especial a que se refiere el artículo anterior se concretará bien en la atención educativa temprana anterior a su escolarización, o bien en los apoyos y adaptaciones precisos para que los alumnos disminuidos o inadaptados puedan llevar a cabo su proceso educativo en los Centros ordinarios del sistema escolar, en el régimen de mayor integración posible, o en los Centros o unidades de Educación Especial”.*

El anterior artículo conlleva que la administración educativa, incluso antes del periodo de obligatoriedad (6 años), asuma las necesidades de atención de los niños con trastornos en su desarrollo. Es decir, se compromete legalmente a responder a las necesidades de los mismos incluso antes de su escolarización.

Si bien se trata de una atención verdaderamente temprana, y desde un enfoque preventivo, no se explicitan los recursos para atender tales necesidades, o se sobreentiende que los medios dispuestos para atender todos los tramos educativos (desde los 6 hasta los 14 años) han de ser los mismos que los necesarios para los niños desde su nacimiento hasta los 5 años.

En el Capítulo II, sobre el inicio y escolarización en EE, el art. 5 contribuye también decisivamente al carácter temprano de las actuaciones:

“1. La atención educativa especial del niño disminuido o inadaptado podrá iniciarse desde el momento en que, sea cual fuere su edad, se adviertan en él deficiencias o anomalías que aconsejen dicha atención o se detecte riesgo de aparición de las mismas”.

En el capítulo III, sobre los apoyos y adaptaciones de la EE, destacan el carácter de las actuaciones y la composición de los equipos:

- Artículo 12:

a). La prevención y detección temprana de las disminuciones e inadaptaciones a efectos de educación.

En este punto, vemos que también la tarea de la detección temprana es competencia del ámbito educativo, de cara a poder dar la mejor respuesta educativa.

- Artículo 15:

1. Los apoyos (...) serán desarrollados por profesionales especializados en las distintas disciplinas, integrados en equipos (...). La organización de estos equipos será flexible y sus miembros (...) actuarán de forma conjunta y coordinada.

2. (...) Las tareas de valoración y orientación educativa (...) serán desarrolladas básicamente y de forma sectorizada por pedagogos, psicólogos, médicos y asistentes sociales (...).

Estas medidas evidencian tanto un compromiso de la educación con el problema de las discapacidades como un modelo de integración escolar y de atención multidisciplinar, con la capacidad de coordinarse y con un carácter más especializado para los alumnos con deficiencias.

4.4. *La Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo: LOGSE (1990).*

La promulgación de la **Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)** consagró los principios introducidos por la Ley de Integración Social de los Minusválidos. Así mismo, dispuso que el sistema educativo estableciera los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales alcanzaran los mismos objetivos establecidos con carácter general. A partir de esta ley, asistimos a una concepción de la infancia y su educación con características propias, y a la emergencia de un modelo de atención e intervención en las dificultades del desarrollo de corte psicopedagógico.

En relación con la temática que nos ocupa, en el Capítulo V se establecen todas las medidas referentes a las *necesidades educativas especiales*:

Artículo 36:

1. *“El sistema educativo dispondrá de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, puedan alcanzar, dentro del mismo sistema, los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos”.*

2. *“La identificación y valoración de las necesidades educativas especiales se realizará por equipos integrados por profesionales de distintas cualificaciones, que establecerán en cada caso planes de actuación en relación con las necesidades educativas específicas de los alumnos”.*

3. *“La atención al alumnado con necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización y de integración escolar”.*

Ya en el artículo 56, la LOGSE contempla también el desarrollo de acciones encaminadas a la cualificación de los profesionales:

1. *La formación inicial del ¹⁶profesorado se ajustará a las necesidades de titulación y de cualificación requeridas por la ordenación general del sistema educativo.*

2. *La formación permanente constituye un derecho y una obligación de todo el profesorado y una responsabilidad de las Administraciones educativas y de los propios centros.*

3. *Las Administraciones educativas planificarán las actividades necesarias de formación permanente del profesorado y garantizarán una oferta diversificada y gratuita de estas actividades. Se establecerán las medidas oportunas para favorecer la participación del profesorado en estos programas.*

Si bien se trata de un planteamiento muy rico, en el que la formación permanente es clave para el ejercicio profesional, el primer punto del artículo 56 limita esta formación a las titulaciones ya existentes. Es decir, prevalece el criterio administrativo: la formación queda

¹⁶ La denominación de profesorado atañe también a los profesionales que conforman los Equipos de Atención Temprana (EAT), aunque su labor no sea docente. Se trata en su mayoría de pedagogos, psicopedagogos y psicólogos que realizan las tareas propias de los EAT: detección, valoración e intervención en los trastornos del desarrollo.

supeditada al catálogo de titulaciones ya existente. Esto presupone que la especialización de los profesionales podría resolverse mediante la formación permanente.

Una de las contribuciones de la LOGSE al problema de las discapacidades en la infancia fue la previsión de crear Equipos de Atención Temprana para atender a las necesidades educativas especiales. La LOGSE anuncia la creación de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica generales (EOEP, que funcionan en primaria y secundaria), Equipos de Atención Temprana (EAT, para la etapa infantil) y Equipos Específicos especializados en las diferentes deficiencias (uno por cada tipo de deficiencia: auditivas, visuales, motóricas y trastornos generalizados del desarrollo. Funcionan en todos los niveles educativos). Desarrollos normativos posteriores cumplimentarán dichas previsiones.

En concreto, los EAT nacen para responder a las necesidades de atención en la etapa infantil (0 – 6 años), detectando tempranamente situaciones de riesgo o desventaja y actuando de forma preventiva. Es decir, el sistema educativo responde a las necesidades de la infancia con discapacidades, lo que viene haciendo reiteradamente, mediante la creación de estos equipos multiprofesionales que, como hemos visto, son particulares de los ámbitos educativo y social.

La creación de estos equipos, ya sean de AT, generales o específicos, conlleva también un posicionamiento, por parte de la administración educativa, de las competencias exigidas para trabajar en estos equipos y, en definitiva, poder dar respuesta a las necesidades de los niños.

Así, las competencias se traducen en los contenidos que sirven de acceso, previo concurso de oposición, para el desempeño profesional en los equipos. Casi podríamos afirmar que el ¹⁷temario del ejercicio de acceso a estos equipos supone el primer “programa formativo” en materia de AT, contemplando contenidos relacionados con el desarrollo infantil y sus alteraciones.

De entre los temas que componen tal temario de oposición, a continuación destacaremos los más interesantes por su relación con la *atención temprana* y los problemas del desarrollo infantil:

- Desarrollo en la edad de la Educación Infantil (I, II).
- Aspectos de la diversidad de condiciones personales de los alumnos.
- Enseñanza de habilidades básicas y hábitos de autonomía principalmente con alumnos con déficits o disfunciones.
- El enfoque preventivo de los problemas escolares y de aprendizaje: grupos de riesgo y recursos compensatorios.
- Evaluación psicopedagógica.
- Las personas con retraso mental: características de su desarrollo.
- Déficits sensoriales: sus tipos y evaluación.

¹⁷ Orden de 9 de septiembre de 1993, por la que se aprueban los temarios que han de regir en los procedimientos de ingreso, adquisición de nuevas especialidades y movilidad para determinadas especialidades de los Cuerpos de Maestros, Profesores de Educación Secundaria y Profesores de Escuelas Oficiales de Idiomas, reguladas por el Real Decreto 850/1993 de 4 de junio.

El concurso de oposición concreto para ejercer en EAT es exclusivo para titulados en pedagogía, psicopedagogía y psicología.

- Intervención educativa y adaptaciones curriculares con alumnos ciegos y amblíopes.
- Intervención educativa y adaptaciones curriculares con alumnos sordos.
- El autismo y las alteraciones de la comunicación en la infancia y la adolescencia.
- Alteraciones comportamentales y conductas asociales en la infancia.
- Los alumnos con disfunciones o déficits motores.
- Diferentes ritmos de aprendizaje: alumnos lentos en aprender.
- Dificultades y problemas en la adquisición del lenguaje hablado.
- Dificultades y problemas en la adquisición del lenguaje escrito.
- Dificultades en aspectos matemáticos básicos.
- El papel de la familia en la educación.

Si bien se trata de un temario extenso que contempla muchos de los aspectos del desarrollo infantil y sus alteraciones (de los pocos que existen hoy en día), con temas muy específicos de la AT, el sentido de esta oposición presenta una importante contradicción: el mismo concurso de oposición, con el mismo temario, faculta para itinerarios tan diversos como son un Equipo de Atención Temprana, un Departamento de Orientación en Enseñanza Secundaria e incluso la Orientación en Educación de Adultos. Esta cuestión no ha sido resuelta hasta el momento por ninguna otra normativa posterior.

4.5. Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales:

La presente medida surge como respuesta a la necesidad de actualizar el gran esfuerzo emprendido por las anteriores normativas sobre ordenación de la Educación Especial: el de la integración en centros ordinarios, en el máximo grado posible, de los alumnos con deficiencias. Así mismo, la promulgación de la LOGSE exigía una nueva configuración del sistema educativo.

A partir de esta normativa, se consolida una nueva denominación todavía vigente: pasamos de hablar de Educación Especial a alumnos con necesidades educativas especiales (NEE), término introducido en la LOGSE y utilizado hasta el momento.

En consonancia con este nuevo concepto, partiendo de que el alumnado con NEE se encuentra escolarizado en centros ordinarios, *“el Ministerio de Educación y Ciencia dotará a los centros docentes con recursos, medios y apoyos complementarios (...) cuando el número de alumnos con necesidades educativas especiales escolarizados en ellos y la naturaleza de las mismas así lo requiera”* (Artículo 8, 2).

En relación con la formación, esta normativa defiende la necesidad de ajustar y actualizar la formación en lo que a las NEE se refiere:

“Los planes provinciales de formación permanente del profesorado incluirán entre sus prioridades las relacionadas con la actualización y formación del profesorado y demás profesionales a que se refiere el presente Real Decreto”. (Artículo 5, 3).

En la línea de las anteriores normativas, la capacitación de los profesionales en aquellos temas específicos de la atención a las NEE queda en manos de la formación permanente del profesorado.

Como hemos visto, en gran parte de las normas establecidas en el ámbito educativo existe una preocupación por el problema de las discapacidades y más concretamente por la AT, aceptando el trabajo interdisciplinar así como la necesidad de formación de los profesionales, ya sea inicial o permanente.

4.6. Acuerdos internacionales en materia de Necesidades Educativas Especiales:

En el marco de las NEE, tanto las Naciones Unidas en Educación como la Comunidad Europea han elaborado acuerdos y han desarrollado programas para favorecer la plena integración educativa de los niños con discapacidad. A continuación, destacaremos el programa Helios II y la Declaración de Salamanca por su especial aportación a las cuestiones que venimos tratando.

4.6.1. Programa HELIOS II:

El Programa Helios o *Segundo programa de acción de la Comunidad en favor de los minusválidos*, que se aplicaría durante el cuatrienio 1988/1991, tenía como objetivo promover una plataforma de cooperación entre los Estados miembro y estimular los intercambios en los ámbitos de la integración económica y social, la igualdad de oportunidades y la vida independiente de las personas con discapacidad.

Finalizado el programa Helios, se aprobó el *tercer programa de acción comunitaria para las personas minusválidas* (HELIOS II, para el trienio 1993 - 1996), que continuó las acciones emprendidas en el marco del programa HELIOS incorporando un nuevo objetivo: el de la integración educativa de las personas con discapacidad. En esta línea, el programa Helios II elaboró una Guía de Buena Práctica que contempla un apartado específico para la integración educativa. De entre los principios propuestos, recogeremos los más interesantes para nuestro análisis:

3. Los alumnos tienen derecho a que sus necesidades educativas especiales se determinen, evalúen y satisfagan (...).

5. En las escuelas, los profesores tienen la importante responsabilidad de impartir el programa a todos los alumnos, incluidos aquéllos con necesidades educativas especiales. Deben facilitarse a los profesores las herramientas y el apoyo necesarios para cumplir dicho cometido.

6. El personal de apoyo a alumnos con necesidades educativas especiales debe trabajar conjuntamente con la escuela. El principal objetivo de esta ayuda consistirá en permitir que las escuelas den cabida a las necesidades de los propios alumnos (escuelas autónomas).

7. Es necesaria una formación inicial y continua de todos los profesionales.

Como vemos, a la necesidad de integrar a los niños con deficiencias en escuelas ordinarias y ofrecerles una atención precoz, subyace la idea de la formación de los profesores que van a atender al niño y la necesaria colaboración con los profesionales que apoyan la labor de atención.

4.6.2. La Declaración de Salamanca:

La Declaración de Salamanca es la síntesis de los acuerdos establecidos en la “Conferencia mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: acceso y calidad”, celebrada en Salamanca en el año 1994.

Tras consensuar un modelo de plena integración de las personas con NEE (no sólo hace referencia a los niños), encontramos varios puntos relacionados con la necesidad de ofertar una formación adecuada para favorecer tal integración:

3. Apelamos a todos los gobiernos a:

- *Garantizar que, en un contexto de cambio sistemático, los programas de formación, tanto inicial como continua, estén orientados a atender a las necesidades educativas especiales en las escuelas integradoras.*

4. Asimismo, apelamos a la comunidad internacional; en particular instamos a:

- *A la UNESCO, como organización de las Naciones Unidas para la Educación, a: obtener el apoyo de organizaciones de docentes en los temas relacionados con el mejoramiento de la formación del profesorado en relación con las necesidades educativas especiales.*

En este caso, la Declaración de Salamanca explicita más la responsabilidad de los organismos competentes para que conviertan la cuestión de la formación en uno de los pilares para el desarrollo de una plena integración educativa y atención de las NEE.

5. INICIATIVAS PROFESIONALES VINCULADAS AL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA:

Tras el desarrollo de las anteriores medidas legales, asistimos en la década de los ochenta y principios de los noventa a importantes iniciativas, esta vez por parte de profesionales, que van a tratar de forma específica la respuesta organizativa de la AT y la formación de los profesionales.

A lo largo de todas las acciones que a continuación detallaremos, destaca la labor de apoyo que ha desempeñado el ahora Real Patronato sobre Discapacidad. Uno de sus principales objetivos ha sido la prevención de las deficiencias, labor que ha materializado mediante una importante actividad en investigación, publicaciones, reuniones, encuestas, acciones divulgativas y formativas, etc. Así mismo, apoyó las acciones que persistieron del PNPS así como aquellas iniciativas que se produjeron en los entornos profesionales que trabajaban en el ámbito de las discapacidades.

5.1. *El Grupo de Estudios Neonatológicos de Madrid: GENMA.*

Tras la anulación del **PNPS** en 1983, en el mismo año la Sección de Neonatología de la Asociación Española de Pediatría crea una ¹⁸**Comisión sobre Mortalidad y Prevención de la Subnormalidad**.

En 1987, en el marco de actividad de la Sección de Neonatología, la ¹⁹Comisión de Estándares, tomando como base los Factores de Riesgo Biológicos establecidos en el PNPS, aprueba una nueva clasificación y el ²⁰Programa de Seguimiento para los niños considerados de Alto riesgo, vigente en la actualidad. Ambos programas pasan a formar parte del cuerpo doctrinal de la AT, generalizándose su uso en los centros de “maduropatías”, servicios pediátricos, centros de AT, etc. y haciéndose extensivos a otras disciplinas.

En este contexto, se crea el Grupo de Estudios Neonatológicos de Madrid (GENMA), que continúa como alternativa a la línea perinatólogica del PNPS. El GENMA estaba formado por los Servicios y Unidades de Neonatología de los Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid.

Entre las acciones que desarrolló y completó del extinguido PNPS, destacan el estudio de la mortalidad perinatal (desde 1990 hasta el 2001), como indicador en estrecha relación con las deficiencias; un estudio sobre el transporte neonatal, en correspondencia con la morbimortalidad y las secuelas; la humanización de los servicios de neonatología, como entorno básico para la vinculación de padres e hijos; también se hizo una clasificación de los factores de riesgo social para añadir a los factores de tipo biológico y, por último, la regionalización de la asistencia perinatal, con el objetivo de una mejor asistencia y el aumento de la supervivencia y calidad de vida de los recién nacidos.

¹⁸ La coordinación de la Comisión sobre Mortalidad y Prevención de la Subnormalidad estuvo a cargo del Dr. Arizcun Pineda.

¹⁹ Los Miembros del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología eran J. Arizcun, A. Arregui, J. Krauel, C. Pedraz, J. Pérez, J. Quero, J. Urbon, A. Ureta y A. Valls.

²⁰ Más información sobre los Factores de Riesgo Biológicos y el Programa de Seguimiento puede encontrarse en: <http://paidos.rediris.es/genysi/frampre.htm>

5.2. El grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil: PADI.

Paralelamente al grupo GENMA, en el año 1987 se crea el grupo PADI, de cuya coordinación se encargó el Dr. Felipe Retortillo Franco.

Este grupo contaba entre sus miembros con profesionales de la medicina, la pedagogía, psicólogos, trabajadores sociales, etc. con el común denominador de trabajar en el ámbito de las discapacidades y, algunos, de pertenecer a los cuerpos técnicos de sanidad, educación y servicios sociales.

Desde el momento de su fundación, ha venido trabajando en diferentes aportaciones como el Marco conceptual y objetivos de la Atención Temprana, los Módulos de Calidad en AT, el Sistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS) y otras acciones encaminadas a conocer la realidad de la incidencia y epidemiología de las deficiencias, así como los factores de riesgo psicológico y social.

Ya en la publicación de los Módulos de Calidad, emerge la cuestión de la formación y cualificación de los profesionales como uno de los elementos que dotan de calidad a la AT. Si bien no se trata de un documento que analice de forma específica la formación, aparece la primera alusión a este tema (apartado de “Recursos Humanos”):

“El funcionamiento de un Centro de Atención Temprana exige para el cumplimiento de sus objetivos contar con los profesionales con la titulación o cualificación adecuada para el ejercicio de las siguientes funciones: estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia, evaluación psicológica y psicoterapia, trabajo social y dirección y administración”. (Grupo PADI, 1996:10).

En la actualidad el grupo PADI se ha institucionalizado, pasando a convertirse en la Comisión sobre Discapacidad del ²¹Consejo de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid.

5.3. El Grupo de Estudios Neonatales y Servicios de Intervención: GENYSI.

Una vez que el programa perinatal quedara establecido y parcialmente ejecutado en el PNPS, en el año 1991 el GENMA incorporó, de acuerdo con PADI, los servicios de intervención en su ámbito, creándose de esta forma el Grupo de Estudios Neonatales y Servicios de Intervención (GENYSI).

Para que las actividades de ambos grupos tuvieran una proyección exterior, formativa e informativa, se adoptó la realización de una **“Reunión Anual Interdisciplinaria sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias”**, la cual tenía como objetivo, *“estimular el conocimiento, colaboración y coordinación entre los profesionales, con el fin de acercarlos cada vez más hacia un lenguaje común y un cuerpo conceptual lo más compartido posible sobre cada una de las deficiencias y sus implicaciones para el desarrollo y futuro del niño”*.

Desde el año 1990, las reuniones se han venido celebrando anualmente de forma ininterrumpida con la colaboración del Real Patronato.

Estos encuentros científicos, de carácter interdisciplinar y con una proyección internacional, han constituido el punto de encuentro de los profesionales más relevantes en el

²¹ El Consejo de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid está regulado por la Ley 18/1999, de 29 de abril (BOCM nº 108, de 19 de mayo de 1999).

campo de la AT, tanto a nivel nacional como internacional, generando también numerosas publicaciones. En dichas reuniones se han abordado cuestiones relativas al modo de organización y coordinación de los diferentes recursos asistenciales, a las bases científicas que fundamentan la actividad de este campo profesional y al análisis del estado de la formación de los profesionales de las diferentes disciplinas, entre otras muchas cuestiones (Ver Anexo 2).

En relación con la proyección exterior de las actuaciones de GENYSI, se planteó también la creación de una página web, paidos.rediris.es/genysi, que hasta la actualidad viene funcionando como un recurso especializado en este campo donde la formación e información son elementos fundamentales.

5.4 Grupo de Atención Temprana: GAT (Federación de profesionales de AT).

En el entorno de las “Reuniones Interdisciplinares sobre Poblaciones de Riesgo de Deficiencias” emergerá la inquietud, entre un grupo de asiduos a las mismas, de crear un Grupo de AT (GAT).

La principal realización del GAT fue la publicación, en el año 2000, del Libro Blanco de la Atención Temprana, que contó con la participación de un gran número de profesionales.

En relación con la problemática de la formación, el Libro Blanco (LB) plantea lo siguiente:

“Las particularidades de la Atención Temprana y la necesidad de trabajar en equipo, hacen necesaria una formación específica y común, a la que debe llegarse a través de cursos de especialización a los que pueden acceder licenciados y diplomados que procedan de los ámbitos universitarios de la salud, la educación y los servicios sociales (Ciencias Médicas, Psicología, Pedagogía, Magisterio, Fisioterapia, Logopedia, Trabajo Social, etc.)”. (GAT, 2000:87).

En cuanto a los contenidos básicos de la formación específica en AT, el Libro Blanco (GAT, 2000) selecciona los siguientes bloques de contenido:

- Desarrollo infantil.
- Trastornos del desarrollo infantil.
- Corrientes filosóficas y científicas.
- Psicología infantil.
- Neurobiología del desarrollo y neurología infantil.
- Psicopedagogía del aprendizaje y motivación.
- Intervención educativa.
- Técnicas de intervención en diferentes trastornos.
- Dinámica familiar.
- Dinámica de trabajo en equipo.
- Tecnología de la rehabilitación y bioingeniería.
- Investigación.
- Realidad legislativa e institucional.

Así mismo, se declara a favor de los cursos financiados por las administraciones y de la

obligación de las universidades de asumir el reto formativo como elemento base para ofrecer a la sociedad una intervención de calidad en AT.

Posteriormente, el GAT se constituye en Federación de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana, (2002), la cual representa, a través de las asociaciones autonómicas, a los profesionales que trabajan en este campo a nivel estatal e internacional.

5.5. Actividades formativas desarrolladas por el Real Patronato:

Entre las diversas y múltiples actividades científicas, divulgativas, promocionales, etc. en relación con la prevención y la AT, destacan los ²²Cursos sobre Prevención de Deficiencias que ha venido desarrollando y publicando el Real Patronato desde 1989.

Dichos cursos, impartidos en todas las autonomías y en la mayoría de las capitales, han contado con la participación de científicos y profesionales de reconocido prestigio, contribuyendo de forma decisiva al desarrollo profesional.

²² Cursos de Prevención de Deficiencias publicados como documentos:

33/92, 1º edición 1992, reimpresión 1995

33/97, 2º edición 1997.

33/99, 3º edición 1999.

33/2000, 4º edición.

33/2003, 5º edición.

La coordinación de las publicaciones estuvo a cargo de José M^a Alonso Seco y Demetrio Casado.

6. PRIMERAS ACCIONES DE FORMACIÓN ESPECÍFICA EN AT:

Las características de las etapas anteriores evidencian un amplio desarrollo institucional, con mayor respaldo de algunas administraciones implicadas en el campo de la infancia y la discapacidad, así como un importante desarrollo normativo.

La particular organización de cada modelo asistencial y la puesta en marcha de los *equipos multidisciplinares*, que en este momento atesoran ya algunos años de práctica, constatarán la existencia de algunos problemas de funcionamiento, además de carencias formativas, como hemos venido resaltando.

La cuestión de la formación comenzará a ser objeto de debate y estudio, del mismo modo que la Universidad empezará a estar más presente en el campo de la AT, desarrollando las primeras acciones formativas específicamente en esta materia. Este impulso que nace en la Universidad, como máximo organismo responsable de la formación, irá en paralelo con el desarrollo de las Jornadas Interdisciplinares de Poblaciones de Alto Riesgo, ya comentadas en el apartado anterior, que trataron la cuestión de la formación de un modo singular.

6.1. Primer programa de doctorado en materia de Atención Temprana:

En el año 1990, y al tiempo que se inician las Reuniones Interdisciplinares, el grupo que configurara GENYSI estaba en contacto con la Universidad Complutense de Madrid. Como resultado, en el mismo año se desarrolla, en la Facultad de Educación de la misma universidad, el primer programa formativo en AT en un seminario de doctorado, que tratará la *Atención Temprana y su conexión con la Educación Infantil*.

El objetivo básico del seminario era destacar el papel fundamental de la Educación Infantil como elemento para la prevención y atención de las alteraciones. Los contenidos, centrados en tres núcleos temáticos, fueron los siguientes: el estudio del desarrollo infantil (0 – 6 años), las principales alteraciones del desarrollo infantil y los factores de riesgo biológico y social de aparición de tales alteraciones.

6.2. Encuentro nacional de profesionales de la estimulación temprana (Ávila, 1991):

Ya en la década de los noventa, los profesionales que trabajaban en servicios de estimulación empiezan a adquirir conciencia sobre la problemática de la formación, además de otras cuestiones que caracterizan su trabajo, como son la composición, competencias y coordinación de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de AT.

Tomando como referencia el modelo de organización planteado por el INSERSO, encontramos en el documento elaborado a partir del *encuentro de profesionales* interesantes críticas sobre la necesidad de mejorar las titulaciones académicas de base, las limitaciones que supone no contar con una especialización de postgrado común y la indeterminación del profesional de la “estimulación”, anticipándose así a las problemáticas que serán objeto de debate años más tarde.

En relación con el perfil de “estimulador precoz”, en las diferentes ponencias se apuntan tres cuestiones: la dificultad de contar efectivamente con el equipo multiprofesional; la asunción de tareas de superior categoría, como son el seguimiento y evaluación de los tratamientos, además del asesoramiento a las familias; e importantes limitaciones de la formación académica de base.

Entre las propuestas de mejora que fueron planteadas destacan las relativas a la necesidad de elevar la categoría del estimulador al primer nivel, es decir, aquel perfil profesional con una formación inicial de licenciatura (esto se señala como “requisito obligatorio”). Se apuntaba también la necesidad de ofertar una formación específica común que homogeneizara la preparación de los futuros profesionales de los equipos multidisciplinares.

Así mismo, se señalan interesantes reflexiones sobre el trabajo en equipo, referidas básicamente a que los equipos multidisciplinares fueron creados sin un modelo conceptual y científico previo que condicionara el funcionamiento del equipo como tal.

En cuanto a la formación inicial, el texto recoge que las habilidades de trabajo en equipo, antes citadas, tampoco aparecieron como componentes importantes de los planes de estudio.

Para concluir, el texto denuncia que, en el marco de la cultura de la multiprofesionalidad, tanto en la formación previa al ejercicio profesional como en la continua, la administración y los propios profesionales demandaron una formación muy sesgada hacia los diferentes roles profesionales.

A partir de lo anterior, se puede concluir que el encuentro de profesionales y la posterior publicación de las ponencias constituyen uno de los primeros intentos de análisis de las cuestiones que venimos tratando, si no la primera denuncia explícita de los problemas que afectaban al desarrollo profesional de estos equipos y que al día de hoy siguen vigentes.

6.3. Desarrollo de la formación de postgrado en Atención Temprana: Primer Master en Atención Temprana.

Desde que las *Jornadas* comenzaran su andadura en el año 1990, se constató la necesidad de afrontar el tema de la formación en AT. Las diferentes ponencias sobre las necesidades científicas y los requerimientos asistenciales, resaltaron la conveniencia de reformular la cuestión de la formación de los profesionales.

Así, de acuerdo con la Dra. Pilar Gútez Cuevas, y con motivo de la constatada demanda social, científica y profesional de una formación de postgrado en AT, surge en 1994 el primer *Master en Atención Temprana*, en la Universidad Complutense de Madrid.

La cuestión de la formación y, más concretamente, de la necesidad de adecuar la oferta formativa a los requerimientos profesionales y a las demandas sociales y científicas, será un tema de debate que emerge reiteradamente en las diferentes *Jornadas*. Así, en los años 1996 y 1997 se revisarán, respectivamente, los planes de estudio de las licenciaturas y diplomaturas que servían de base a la AT.

A partir de estos primeros análisis que evidencian importantes carencias en la formación inicial, se convendrá la necesidad de reformular los estudios en relación con la problemática de las discapacidades y de la AT.

Paralelamente y de forma discreta, algunas universidades comienzan a impartir materias relacionadas con la AT en las titulaciones de base, aunque todas ellas de carácter optativo.

Cabe señalar que, salvo determinadas experiencias formativas, la oferta que plantea la Universidad para responder a las demandas profesionales en el campo de la AT no tiene en este momento un desarrollo sistemático, pues responde más bien al impulso de determinados profesores y profesionales sensibilizados con esta temática y conscientes de las exigencias

profesionales que plantea. Ello conlleva que haya universidades más “sensibles” con el tema de la AT. Sin duda, la relativa novedad de este campo profesional contribuye a que esté sujeta a múltiples enfoques y no alcance un desarrollo generalizado.

Posteriormente, fruto de las anteriores iniciativas y de la preocupación por la formación, en las universidades de diferentes comunidades comenzarán a desarrollarse títulos de postgrado abiertos también a otros niveles académicos (como son las titulaciones medias).

7. NECESIDAD DE ANÁLISIS Y CONSENSO EN LA FORMACIÓN DE POSTGRADO EN AT: INICIATIVA DEL GRUPO MASTER DE MÍNIMOS:

Una vez establecida la dinámica más común de respuesta a las necesidades formativas, mediante el desarrollo de postgrados (master) en varias universidades españolas, se plantea en GENYSI la necesidad de analizar las características de los mismos: qué requisitos de acceso tienen, que competencias se están desarrollando, cómo se está respondiendo a los requerimientos de la actividad profesional, etc.

Por este motivo, en el marco de las *Jornadas* surgirá la inquietud por analizar y regular esta formación de postgrado. Por razones tácticas y administrativas, al ser el máximo nivel de formación, cualquier análisis y actuación sobre el mismo se considera va a condicionar la organización de los otros niveles, que esperamos en su día analizar.

7.1. Base administrativa de los master:

En este punto cabe destacar que los postgrados, denominados **Títulos Propios**, surgieron en un contexto en el que comenzaron a desarrollarse las especialidades de diferentes disciplinas. Estos Títulos Propios que las Universidades desarrollan en uso de su autonomía, responden a un esfuerzo de la misma para adaptarse al desarrollo científico y académico.

Si bien dichos Títulos Propios estaban regulados por el Real Decreto 185/1985, de 23 de enero, sobre el Tercer Ciclo de estudios universitarios, y algunas universidades suscribieron un ²³Convenio Interuniversitario sobre Estudios de Postgrado, la respuesta formativa en materia de AT fue muy dispar, como se puede deducir de las ofertas académicas. No hubo ningún consenso sobre si esta formación específica debía ser de tipo master u otros títulos inferiores; tampoco sobre las bases científicas que fundamentan la actividad en AT, lo cual conlleva la existencia de postgrados con una conceptualización distinta y más o menos sesgados hacia determinadas disciplinas académicas y profesionales.

Sin duda, la amplia base reguladora de la AT, la variedad de modelos asistenciales, la amplitud y diversidad de los contenidos científicos así como la propia dinámica de las disciplinas que participan en la AT, dificultan el establecimiento de los límites de la misma. En cualquier caso, esto no excluye la conveniencia de ir progresivamente hacia un modelo común básico.

7.2. El Grupo Master de Mínimos:

Previamente a la *X Reunión Interdisciplinar de Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias* (2000), organizadas por GENYSI, se constituyó un grupo de trabajo al que se invitó a todos quienes intervienen en el campo de la AT: a las sociedades científicas de Neonatología, Pediatría, Neuropediatría y Rehabilitación, a expertos de los campos de la Pedagogía, y de la Psicología y a todos los directores de los ²⁴postgrados que se venían impartiendo, miembros a su vez del GAT.

El grupo inicia su actividad con la presentación, en la *X Reunión Interdisciplinar de*

²³ Aprobado en la Junta de Gobierno de 31 de mayo de 1991.

²⁴ Los Postgrados en AT pertenecían a las Universidades de Madrid (Complutense), Málaga, Barcelona, Murcia, Lérida y Valencia.

Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias (2000), de una mesa redonda con el título “Programas de formación en Desarrollo y Atención Temprana: estado actual y perspectivas futuras”. En dicha mesa participaron la Profesora Pilar Gútiez, con la ponencia “Los programas de formación de especialistas en España”, y la ²⁵Dra. Karin Lifter, de la Northeastens University de Boston, con el tema “Los programas de formación en Intervención Temprana en los EEUU”.

A partir del amplio debate que suscitaron ambas ponencias y del trabajo previo del grupo de profesionales, se constituye el **Grupo Master de Mínimos (2000)**, que tendrá por objeto, además de normalizar la oferta académica y dotar de una coherencia científica a la formación de postgrado en AT, servir también de acercamiento cultural de las diferentes disciplinas.

Para ello, en un primer momento se estudiaron los programas formativos de las especialidades médicas en trastornos del desarrollo/discapacidades, tanto en España como en Europa y en USA, así como el estado de la cuestión en las licenciaturas de Pedagogía, Psicología y diplomaturas en nuestro país.

Así mismo, se revisaron los programas de los diferentes Master invitados así como aquellos otros de relieve. También se contó con la contribución documental de algunos especialistas como Franz Peterander, Lydia Coriat y Karin Lifter.

Como segunda acción, en colaboración con la Facultad de Educación de la UCM, se hace un primer estudio sobre la formación de los profesionales de la AT, centrado en la revisión de los planes de estudio de los diferentes postgrados (master y experto) que se venían desarrollando en materia de AT. (Gútiez, P., 2000)²⁶, el cual concluye que estos se centran principalmente en nueve núcleos temáticos:

- 1 Marco teórico y bases de la AT (Bases neurológicas, psicológicas y pedagógicas)
- 2 Legislación y organización en AT.
- 3 La familia en AT: dinámica familiar e intervención.
- 4 Investigación en AT.
- 5 Programas específicos de intervención: deficiencia sensorial, cognitiva, motora y trastornos generalizados del desarrollo.
- 6 Prácticas: centros de AT, hospitales, escuelas infantiles.
- 7 Prevención: primara, secundaria y terciaria; determinados programas como la prevención del maltrato infantil.
- 8 Evaluación y diagnóstico: bases de la evaluación psicopedagógica e instrumentos de medida.
- 9 Otros: nuevas tecnologías y AT, musicoterapia, temas de calidad, papel de las ONGs en AT, etc.

Partiendo de los resultados de estos dos estudios, del estado actual de la formación en

²⁵ Información sobre el Early Intervention Interdisciplinary Preparation Program (Project Team), en: <http://www.eitrainingcenter.org>

²⁶ Gútiez, P. (2002). La Atención Temprana en España: necesidades de formación de los profesionales. XI Jornada de Universidad y Educación Especial, pp. 327 – 335: Palma de Mallorca. Realizado en 2000, como documento interno de trabajo, y publicado en el 2002.

las diferentes disciplinas y programas de AT, el Grupo Master de Mínimos inicia su trabajo.

Después de múltiples intercambios de opiniones a través de la red y de varias reuniones del grupo, se pudo constatar la existencia de importantes carencias en los programas de formación inicial y de diferencias en cuanto a la concepción de la actividad, la cultura profesional y la metodología de trabajo de los ámbitos médico, psicopedagógico y social.

Sin duda, esta iniciativa supuso un ambicioso proyecto en aras de conseguir un trabajo multiprofesional. En su desarrollo se evidenció desde el principio la problemática de la “interdisciplinariedad”, condicionada por las diferencias científicas y sociológicas en relación con cuestiones como las competencias y los roles profesionales.

El acuerdo del Grupo Master de Mínimos:

Debido a esta complejidad intrínseca de sentar las bases del trabajo en conjunto, a la cultura técnica y metodológica de los diferentes profesionales y a la realidad administrativa en la que cada servicio tiene definidas sus cuotas poder, se acordó lo siguiente:

- 1º. Establecer los contenidos mínimos que se debían impartir en los postgrados y, por extensión, en los programas de doctorado.
- 2º. Que todos los postgrados llevasen en su denominación “Trastornos del desarrollo y Atención Temprana”.
- 3º. Continuar trabajando sobre este problema en todo aquello que pudiese contribuir a la normalización de los programas docentes sobre trastornos del desarrollo infantil y AT.

En relación con los contenidos, a partir del citado estudio y de la revisión de los programas de diferentes postgrados, se seleccionaron y aprobaron los siguientes bloques mínimos:

1. Marco teórico de la AT.
2. Legislación en AT.
3. Prevención en AT.
4. Organización en AT.
5. Entorno socio – familiar en AT.
6. Desarrollo infantil: biológico, psicológico y pedagógico.
7. Fundamentos neurobiológicos de la AT.
8. Alteraciones del desarrollo infantil: detección, evaluación y diagnóstico. (Motórico, cognitivo, sensorial, de conducta, emocional).
9. Formación interdisciplinar, trabajo en equipo e investigación en AT.
10. Ética profesional.
11. Prácticas en entornos asistenciales de los ámbitos médico, educativo y de servicios sociales.
12. Se aconseja también sistemas de información y codificación.

Una vez aprobados estos bloques de contenido, en una siguiente fase se pasaría a establecer las recomendaciones concretas sobre los temas a desarrollar.

Si bien no se alcanzó un consenso sobre estos temas, se aprobó que el ²⁷Grupo Master de Mínimos continuara activo con el fin de actualizar las revisiones realizadas y proseguir el estudio de la problemática de la formación en AT.

En años sucesivos, el Grupo de Trabajo Master de Mínimos ha continuado revisando y analizando el estado de la formación de los profesionales de la AT, más allá de la formación de postgrado estrictamente.

Desde que en el año 2000 se estudiaran los planes de estudio de la licenciatura en Medicina y de la especialidad de Pediatría ²⁸ (Arrabal Terán, M.C. & Arizcun Pineda, J.), la revisión se ha hecho extensiva a otras disciplinas. Así, en el año 2002 se analizaron los planes de estudio de las licenciaturas en Pedagogía y Psicopedagogía ²⁹, (Gútiez Cuevas, P. & Ruiz Veerman, E.), y en el año 2003 se aplicó el mismo estudio para la licenciatura en Psicología y en las diplomaturas de acceso al campo de la AT ³⁰ (Gútiez Cuevas, P. & Mateo Leach, B.): trabajo social, magisterio en sus diferentes especialidades y enfermería. Como denominador común de estos estudios, se puede afirmar la insuficiencia de formación en los ámbitos descritos.

También en relación con la formación inicial de los profesionales de la AT, en este contexto en el que comienza a emerger la preocupación por la formación y se publican los primeros trabajos relacionados con esta temática, hay que resaltar el *Estudio sobre la necesidad de formación en atención temprana* ³¹ (Elósegui, E., de Linares, C. y Casquero, D., 2003). Tras una rigurosa investigación, el estudio concluye que la formación inicial en AT es insuficiente y en ningún caso alcanza los objetivos mínimos formativos, siendo necesaria una formación complementaria, específica y homogénea.

Tal como se acordó al inicio del Grupo Master de Mínimos, periódicamente se actualizaría la revisión de los planes de estudio de los diferentes postgrados. Fruto de este acuerdo, en el año 2004 se analizaron de nuevo los programas formativos para el curso 2004 – 2005. A grandes rasgos, los diferentes postgrados siguen compartiendo nueve núcleos temáticos básicos, con un sensible aumento de temas relacionados con el riesgo social y la atención a menores institucionalizados.

Estos estudios sobre el estado de la formación en AT fueron presentados en el año 2004 en la *XIV Jornada Interdisciplinar de Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias*, en el simposio satélite sobre la formación específica en AT. En la ponencia ³²*La formación de los profesionales de la Atención Temprana*, se ofrece un somero análisis del estado de esta cuestión en las tres facetas de la formación: inicial (licenciatura y diplomatura), de postgrado y continua.

En la actualidad, se continúa en la línea de trabajo en materia de formación con el objeto de que esta preocupación trascienda a los organismos con competencias en la atención a

²⁷ Con el acuerdo de los postgrados de Madrid, Barcelona, Valencia, Lérida y las sociedades de Neonatología, Pediatría, Neuropediatría, Rehabilitación.

²⁸ Arrabal Terán, M.C. & Arizcun Pineda, J. (2000) Formación de grado y postgrado en pediatría, en: <http://paidos.rediris.es/genysi/framfor.htm>

²⁹ Gútiez Cuevas, P. & Ruiz Veerman, E. (2002). Formación y Atención Temprana: situación del pedagogo y del psicopedagogo. Proyecto de Investigación. Master Atención Temprana. UCM.

³⁰ Gútiez Cuevas, P. & Mateo Leach, B. (2003). Formación en Atención Temprana de la licenciatura en Psicología y diplomaturas. Proyecto de Investigación. Master Atención Temprana. UCM.

³¹ Elósegui, de Linares & Casquero (2003). Estudio sobre la necesidad de formación en Atención Temprana.

³² Arizcun, J., Gútiez, P. y Ruiz, E. (2004) La formación de los profesionales de la Atención Temprana, en: http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xivjorp/xiv_Gutiez.pdf

Formación en Atención Temprana

la infancia, a las asociaciones profesionales y sociedades científicas y a las instituciones dedicadas a la formación.

8. CONTRIBUCIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN EN MATERIA DE DISCAPACIDAD AL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA:

El desarrollo de estos planes de acción, tanto a nivel internacional como estatal, contribuyó a alcanzar un nivel de compromiso por parte de los gobiernos y la población sobre los problemas de las personas con discapacidad, y la necesidad de desarrollar acciones favorecedoras de su plena integración.

Algunos de los planes que a continuación revisaremos contemplaron medidas preventivas además de rehabilitadoras y de intervención, así como la necesidad de formar a los profesionales que desarrollaban su actividad en este campo.

8.1. Aportaciones del Plan de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad:

En relación con el contexto en que nacieron las primeras medidas legales a que nos referimos en la década de los ochenta, cabe destacar el ³³Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (Resolución 37/52 de 3 de diciembre de 1982, de la ONU).

Se trata de un plan que prevé la puesta en marcha de medidas de carácter preventivo, rehabilitador y de equiparación de oportunidades. Entre sus principales objetivos, destaca la prevención de las deficiencias y discapacidades, que se acompaña de la consiguiente asistencia y cobertura social, educativa y laboral para las personas con discapacidad:

De entre las medidas destinadas a la consecución de los objetivos del plan, destaca la medida número 6 sobre *Formación de personal*:

Art. 141: “*Las autoridades responsables del desarrollo y prestación de los servicios destinados a las personas con discapacidad deben dedicar atención a las cuestiones de personal, especialmente a las de contratación y capacitación*”.

Art. 142: “*Son de vital importancia la capacitación del personal de servicios centrados en la comunidad para la detección temprana de deficiencias, la prestación de atención primaria, la remisión a servicios apropiados y las medidas de seguimiento, así como la capacitación de grupos médicos y de otro personal de los centros de orientación. Siempre que sea posible, todo ello debe integrarse en servicios conexos, tales como la atención primaria de salud, las escuelas y los programas de desarrollo comunitario (...)*”.

A partir de Plan de Acción Mundial, se publican en el año **1993** las **Normas Uniformes de la ONU** sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

Se trata de un documento que aporta una serie de recomendaciones apelando a que los diferentes estados las implanten. Consta de 22 artículos, de entre los cuales el número 19 hace referencia a la Capacitación del personal: “*Los Estados deben asegurar la adecuada formación, a todos los niveles, del personal que participe en la planificación y el suministro*”.

³³ En la década de los ochenta hubo un importante despertar de la problemática de la discapacidad a nivel internacional. Previamente, en el año 1976, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el año **1981** como el “**Año Internacional de las Personas con Discapacidad**”, con el objeto de poner en marcha un plan de acción internacional dirigido a la equiparación de las oportunidades, la rehabilitación y la prevención de las discapacidades. El principal logro del Año Internacional de las Personas con Discapacidad fue la formulación del **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**.

de servicios y programas relacionados con las personas discapacitadas”.

Ambos documentos resaltan la importancia de la formación, y su publicación conllevó un importante cambio de actitudes hacia la discapacidad, además del desarrollo de importantes medidas como fueron los planes de acción a nivel nacional.

8.2. Los planes de acción estatales:

Como consecuencia de los anteriores planes, en 1996 se aprueba en España el proyecto para desarrollar un Plan integral de Acción para las Personas con Discapacidad (1997/2002).

Este Plan contemplaba la realización de cinco programas sectoriales donde se tratan aspectos como la prevención de las deficiencias, la integración escolar y la educación especial. Entre las estrategias comunes de intervención para cada uno de los planes sectoriales, dentro del apartado *Apoyo a la calidad*, el Plan establece como una de sus medidas la formación especializada:

- Promoción de la salud y prevención de deficiencias: *“Planificar la formación inicial y continua de personal especializado en materias relacionadas con la discapacidad”.*
- Asistencia sanitaria y rehabilitación integral: *“Desarrollar un programa común de formación permanente de especialistas en rehabilitación entre Sanidad, Trabajo y Servicios Sociales”.*
- Integración escolar y educación especial: *“Desarrollar programas de formación y reciclaje de personal especializado (profesores, otros profesionales, técnicos auxiliares educativos).”*

Como vemos, este Plan plantea acciones integrando todos los recursos asistenciales (sanitarios, educativos y sociales) desde un enfoque preventivo, y estableciendo entre sus medidas las relativas a la capacitación de los profesionales, tanto en la formación inicial como permanente.

A partir de este plan estatal, se publicará el **II Plan de Acción (2003 – 2007)**, vigente en la actualidad. En este II Plan se trata poco el problema de las discapacidades en la infancia y muy escasamente la formación.

8.3. El Plan de Acción en Atención Temprana (CERMI, 2004):

En el año 2004 asistimos a la publicación del primer plan de acción en materia de AT, de manos del ³⁴CERMI (Comisión Española de Representantes de Minusválidos, hoy día de personas con discapacidad), organismo de carácter social.

Este organismo autónomo, integrado por una red de plataformas autonómicas, así como por multitud de organizaciones y entidades relacionadas con las personas con discapacidad, hizo un notable esfuerzo para convocar a expertos de las diferentes administraciones implicadas (sanidad, educación y servicios sociales), así como a profesionales expertos en la materia para elaborar un plan de acción en AT.

³⁴Plan de Acción del CERMI Estatal en materia de Atención Temprana para las Personas con Discapacidad, en:

<http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/33E374D8-460D-4504-B2BE-8FBFFB48C320/1673/maquetabase20290705.pdf>

En su conjunto, se trata de un plan muy ambicioso que contempla diversas áreas que van desde la legislación hasta la necesidad de coordinación de servicios y recursos; la defensa de una prevención, diagnóstico y atención tempranos; así como la necesidad de crear canales de sensibilización y mentalización sobre esta temática.

También la cuestión de la formación se establece como uno de los aspectos básicos para la mejora de la calidad de la AT:

- *Objetivo 54: Disponer de profesionales de la AT adecuadamente sensibilizados y preparados, mediante la creación, en su caso, de nuevas carreras y estudios universitarios según las demandas y necesidades sociales existentes; y ofertando, por otra parte, en todas aquellas profesiones de los distintos ámbitos que tienen que ver con la infancia y la discapacidad, una formación de base que propicie una atención de calidad a las necesidades y demandas de los niños/as con discapacidad y de sus familias.*

- *Objetivo 55: Mejorar la preparación específica de los equipos médico-sanitarios sobre cualquier situación de discapacidad.*

- *Objetivo 56: Mejorar la cualificación de técnicos y profesionales de servicios ordinarios (comunitarios).*

Como vemos, se incide especialmente en la formación inicial de aquellas titulaciones que sirven de base en AT, así como en la necesidad de una formación continua para los profesionales en ejercicio.

Como contrapunto, resalta que este plan no aborde la formación de postgrado como elemento aglutinador de las diferentes titulaciones relacionadas con la AT, y de la necesaria interdisciplinariedad para el desarrollo en este campo profesional.

9. FORMACIÓN Y DOCUMENTOS SOBRE CALIDAD:

Recientemente, la preocupación por la calidad ha trascendido también al campo de la AT, como puede verse en la publicación de diferentes manuales y guías. En los documentos que a continuación revisaremos, destacamos los principales factores de calidad que aluden a la formación de los profesionales.

9.1. *Criterios de calidad en Centros de Atención Temprana (Grupo PADI, 1996)*³⁵:

En el marco de actividad del Grupo PADI, ya comentado con anterioridad, surgió la necesidad de consensuar un modelo de AT de calidad. Después de un amplio debate en el que participaron responsables y profesionales de los diferentes servicios (sociales, educativos y sanitarios) que atienden a la primera infancia, se aprobó el primer documento en materia de calidad y AT, donde se reconocen la titulación y la cualificación como requisitos básicos de calidad para trabajar en centros de AT.

A partir de este documento, y a medida que se afiance la necesidad de la formación de los profesionales, surgirán otros modelos de calidad que contemplarán esta temática.

9.2. *Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana. (FEAPS, 2001)*³⁶:

FEAPS es una confederación nacional que aúna el movimiento asociativo en favor de las personas con discapacidad. Este organismo, que también trabaja en AT (mediante concierto o subvención de servicios sociales), ha generado diversos “Manuales de Buenas Prácticas”, entre ellos uno específico de AT.

El Manual de Buenas Prácticas en AT, muy similar al modelo propuesto años antes por el Grupo PADI, recoge todas las variables organizativas y de funcionamiento que dotan de calidad a un centro de AT.

En relación con los profesionales y la formación, en el apartado “Orientaciones para el servicio”, subpunto “Estándares fundamentales”, se detalla la plantilla con que ha de contar todo Centro de AT que pretenda tener una estructura organizativa de calidad:

- Área de gestión: director del centro (sin especificar titulación; en la realidad cotidiana esta función corresponde a un licenciado en Psicología o en Pedagogía).
- Área de atención directa: su *unidad de evaluación* ha de estar compuesta por un trabajador social, un médico y un psicólogo o un pedagogo. La *unidad de apoyo terapéutico* ha de contar con: psicoterapeuta o psicólogo clínico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, estimulador y psicomotricista.

³⁵ Grupo PADI (1996), Criterios de calidad en Centros de AT, en :
<http://paidos.rediris.es/genysi/modulos.htm>

³⁶ Manual de Buenas Prácticas de FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual, 2001), en:
http://www.feaps.org/manualesbb_pp/atencion_temprana.pdf

- Área de atención indirecta: labores de información y formación que realizan los anteriores profesionales.

(FEAPS, 2001: 127 – 128).

Después de especificar la plantilla de profesionales que ha de tener todo Centro de AT, en el Manual se señala que *“el proceso de formación continuada de los profesionales se contempla como una condición obligatoria en el funcionamiento del Servicio de Atención Temprana (...)”* (FEAPS, 2001: 122).

El tema de la formación permanente de los profesionales parece ser recurrente, pues más adelante, el subpunto “Buenas prácticas” (del mismo apartado “Orientaciones para el servicio”) dice así: *“Se planifica la formación permanente de los profesionales del Servicio, asignando cupos de horario, facilitando la asistencia a los ciclos formativos y estableciendo bolsas económicas de apoyo a la formación especializada”*. (FEAPS, 2001: 129).

Como conclusión, en el apartado “Prospectiva” se sintetizan los aspectos básicos que han de ser contemplados en aras de conseguir la “calidad total”, definida como *“una mejor calidad de vida de las personas y una mayor calidad de servicio y de actuación profesional”*; nuevamente, en relación con la cualificación de los profesionales, se señala la necesidad de *“disponer de plantillas idóneas de profesionales y garantizar su formación continuada”*. (FEAPS, 2001: 146).

9.3. Guía de estándares de calidad en Atención Temprana (IMSERSO, 2004):

Este documento, publicado también desde servicios sociales, nace para dar respuesta a la necesidad de contar con una guía de referencia para el desarrollo de los servicios y de los profesionales implicados en los procesos de AT, además de contribuir a la creación de una cultura profesional de permanente autoevaluación e investigación.

Tras delimitar los campos de actuación más significativos en AT, siguiendo un esquema similar al que recogió el Programa HELIOS, el estudio se centró en cinco niveles: Comunidad, Familia, Infancia, Centro y Programa de Atención Temprana.

En relación con la formación, uno de los descriptores del nivel “Programa de Atención Temprana” hace referencia a la “Participación y formación de los profesionales”. Básicamente, los requisitos mínimos que emanan de los indicadores de calidad de este punto hacen referencia a la necesidad de que, en el organigrama, se estructuren los diferentes niveles de responsabilidad de forma que todos los profesionales sientan una “responsabilidad compartida”.

En relación con la formación en sentido estricto, se delimita la existencia de un Plan de Formación, de carácter anual y plurianual en torno a 500 horas de duración (aprobado por todos los profesionales), que abarque los siguientes núcleos temáticos: una formación teórica y práctica específica de cada disciplina, así como aquellos temas relacionados con el trabajo en equipo y la atención al usuario. Se indica también la existencia de una dotación destinada a financiar este plan formativo, pero sin definir las materias básicas a trabajar.

10.LA FORMACIÓN EN AT EN EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR:

En el marco europeo de Educación Superior, el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios oficiales de Postgrado, supone una importante iniciativa en aras de regular la formación en AT. En primer lugar, los estudios de postgrado pasarán a ser oficiales, lo cual implicará que sean supervisados por un Consejo de Coordinación Universitaria. Los directores de los postgrados, así como los tutores de los proyectos de investigación, deberán tener el máximo nivel académico (título de doctor).

La selección de los programas de postgrado se realizará de acuerdo con criterios de calidad previamente seleccionados, con el objeto de que se ajusten lo más fielmente posible a las nuevas necesidades profesionales y de investigación de las diferentes disciplinas.

Otra cuestión importante será la regulación de los requisitos de acceso: en el caso de los títulos de Master, será condición obligatoria haber cursado un estudio de grado, es decir, el nivel académico básico (equivalente a una licenciatura).

El objetivo de éstas y otras medidas será la adaptación a un sistema formativo homogéneo de los países miembro de la Unión Europea, para lo cual los diferentes estados también están haciendo importantes esfuerzos en aras de adecuar sus sistemas de educación superior.

En este contexto de cambio, se están desarrollando diversas iniciativas cuya preocupación se centra en la temática que estamos tratando: la formación de los profesionales de la AT. Con algunas discrepancias, las tres principales iniciativas comparten el objetivo de crear un “currículo internacional en AT”.

10.1 La Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial:

La ³⁷**Agencia Europea** es un organismo financiado por los ministerios de educación de los países miembro de la UE. Comenzó su andadura en el año 1996, como forma de continuar el extenso trabajo desarrollado por el Programa Helios II en materia de Educación Especial.

Si bien como su propio nombre indica atañe a la disciplina de la EE, la Agencia ha contemplado la *Intervención Temprana* como una de sus líneas prioritarias de investigación.

Después de la primera publicación sobre el modelo de organización en AT característico de cada país, recientemente se ha publicado el último ³⁸ estudio en esta materia. Este documento tiene de particular su posicionamiento antes las necesidades formativas de los profesionales de la AT.

En cuanto a la formación inicial, el análisis refleja que sólo tres países incluyen materias relacionadas con el trabajo en AT, siendo necesaria una reformulación de los estudios de las áreas médica, social y educativa. Así mismo, defiende la necesidad de crear cursos de postgrado y otros de especialización, a cargo de la Universidad, que abarquen las siguientes áreas:

³⁷ Web de la Agencia: www.european-agency.org

³⁸ Atención Temprana: análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones, en: http://www.european-agency.org/site/info/publications/agency/ereports/docs/15docs/eci_es.doc

- Conocimientos básicos sobre el desarrollo evolutivo del niño y la intervención familiar.
- Conocimiento sobre investigaciones, métodos de diagnóstico y de trabajo en equipo.
- Competencias personales para el trabajo (con el niño, familia, en equipo, autorreflexión, resolución de problemas, etc.).

En este punto, es interesante la valoración que hace del itinerario formativo. La Agencia defiende la necesidad de contar con profesionales provenientes de diferentes disciplinas, antes que crear un nuevo perfil profesional.

Por último, también se trata la cuestión de la formación continua, de especial relevancia. La agencia enfatiza la formación organizada en y por los equipos en ejercicio, por su mayor adecuación a las necesidades de los profesionales.

10.2. EBIFF: Curriculum for the professional training in Early Childhood Intervention:

En el marco del proyecto *Leonardo da Vinci*, surge el ³⁹**EBIFF – Project** con el objeto de crear un currículo europeo para la formación de los profesionales de la AT.

Retomando las iniciativas del Programa Helios II, de ⁴⁰Eurlyaid y de la Agencia Europea, el “proyecto EBIFF” se centra concretamente en la formación en AT: estudio del estado de la formación en AT en los países miembro de la UE, análisis de las competencias necesarias para el ejercicio profesional y, por último, concreción de un currículo europeo en AT.

Tras varios años de análisis, desarrollo de diferentes encuentros y captación de información mediante cuestionarios, en el presente año 2006 se han publicado los resultados del ⁴¹estudio.

En el documento se concretan las siete áreas temáticas clave con que debe contar el currículo europeo en AT:

- *Detección*: desarrollo normal, diferentes discapacidades, campos relacionados (genética, neurología, etc.), herramientas de valoración y el impacto del ambiente.
- *La familia*: funcionamiento, cuestionamientos de la familia, acercamiento holístico, construcción conjunta de la intervención, etc.
- *Trabajo en equipo*: aspectos generales, el trabajo en equipo en los servicios de AT, ética, etc.
- *Métodos de intervención individuales*: aspectos clave y filosofías de la AT,

³⁹ En siglas austriacas, EBIFF significa “pasaporte europeo para la formación profesional en AT”. Web de EBIFF: www.ebiff.org

⁴⁰ EURLY AID: sociedad europea de AT (www.eurlyaid.net).

⁴¹ Curriculum for the professional training in Early Childhood Intervention, en:

http://www.eqm-pd.com/ebiff/download/early_childhood_intervention_draft_curriculum.pdf

También puede consultarse el estudio previo *Professional Education in Early Intervention Systems in Europe*, en: http://www.eqm-pd.com/ebiff/download/professional_education_in_early_intervention_in_europe.pdf

planificación, intervención basada en la evidencia, evaluación.

- *Competencias específicas de funcionamiento*: relacionadas con el trabajo en equipo, con los objetivos del grupo, con los requerimientos institucionales, etc.
- *Competencias personales*: reflexión sobre la concepción de la tarea, sobre el estado emocional, sobre el impacto, etc.; activación de los propios recursos, etc.
- *Práctica*: transferencia a la práctica de los conocimientos adquiridos.

En general, el documento aporta una interesante reflexión sobre las competencias específicas para el trabajo en AT pero también personales, enfatizando así mismo la cuestión del trabajo en equipo y la importancia de la formación continua.

10.3. Transatlantic Consortium of Early Childhood Intervention:

El grupo trasatlántico, formado por varios países europeos y norteamericanos, surgió en el año 1997 con el objeto de investigar y debatir las diversas políticas sociales, entre ellas las educativas.

Este grupo, integrado por instituciones académicas públicas y otras organizaciones dedicadas a la formación, se unió al debate de la formación de los profesionales de la AT en aras de difundir la investigación en este campo y de preparar a los futuros profesionales del mismo.

En el documento de reciente publicación ⁴²“**Internacional Currículum in Early Childhood Intervention**”, se defiende la idea de crear un currículum internacional para fortalecer la práctica y también las políticas en materia de AT.

La metodología de trabajo para obtener el currículum internacional tuvo la peculiaridad de estar basada en los resultados de los alumnos previamente formados en AT: durante el periodo 2001 – 2005, se ofrecieron actividades formativas en las diversas instituciones participantes, de acuerdo con los criterios de flexibilidad y movilidad que pretende alcanzar el Espacio Europeo de Educación Superior.

El resultado de esta experiencia piloto es la concreción de ocho núcleos temáticos, con contenidos específicos y la consiguiente metodología, en la que se incluyen la modalidad a distancia y la movilidad a otras universidades especializadas en un núcleo del programa:

- Perspectivas internacionales y teóricas en AT.
- El niño en AT.
- El entorno social del niño.
- El sistema de servicios involucrados.
- La valoración e intervención en AT.
- Investigación y práctica clínica en AT.

⁴²International Currículum in Early Childhood Intervention; en:
<http://www.transatlanticconsortium.org/>

- Seminario internacional en AT (con sede en una universidad, y a distancia para las demás).
- Comparación internacional de las diferentes prácticas en AT (por medio de la realización de una tesis).

Cada uno de estos núcleos se divide en sus correspondientes contenidos, convirtiéndose así en un modelo de currículo muy completo que abarca la fundamentación, la investigación, la práctica con el niño y el entorno y la coordinación de los diferentes servicios.

Este modelo formativo pretende integrarse en la formación inicial de grado de los profesionales, con una duración de dos años (acreditada mediante el sistema de créditos). Algunos módulos son fijos y otros pueden cambiarse en la medida en que la materia elegida asegure la formación en esa temática y se cumpla el número de créditos necesario.

Como hemos podido ver, la preocupación por la formación de los profesionales de la AT no es exclusiva de nuestro país. Desde que en 1999 la ⁴³Declaración de Bolonia estableciera las nuevas directrices para la educación superior, diversos organismos han comenzado a analizar la situación de la formación en los países europeos y a delimitar los posibles contenidos que aseguran una formación y una práctica de calidad en AT.

⁴³ Declaración conjunta de los Ministros Europeos de Educación, reunidos en Bolonia el 19 de Junio de 1999.

11. CONCLUSIONES SOBRE LA FORMACIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA:

11.1. Relativas a la trayectoria histórica:

En el origen de las primeras acciones de AT, que podríamos situar en los años setenta, se ponen de manifiesto las especiales necesidades de los niños con deficiencias / discapacidades y sus familias, y la inexistencia de una respuesta asistencial sistemática y coordinada. En este primer momento, profesionales provenientes de diferentes disciplinas y servicios comenzaron a trabajar de forma aislada para atender a los *deficientes* o *subnormales*. Así, en el origen de la AT encontramos tres modelos claramente diferenciados: el social, el médico y el educativo.

La década de los ochenta supuso un importante avance protagonizado por el desarrollo de medidas normativas y la emergencia de un modelo “multiprofesional”, que evidencia la necesidad de trabajar conjuntamente para abordar la problemática de las discapacidades.

Mientras que el modelo médico parece diluirse tras la extinción del PNPS, los modelos social y educativo se consolidan con más formalidad, dando lugar a planteamientos que, en la mayoría de los casos, siguen vigentes en la actualidad.

En este contexto, destaca la proclamación del Año Internacional de las Personas con Discapacidad (1981), que trajo consigo la publicación, un año más tarde, del primer Plan de Acción mundial. Recordemos que ya en este Plan la *formación del personal* constituía una de las medidas a desarrollar.

Desde Servicios Sociales, el *Plan de Prestaciones* que el INSERSO publica en el año 1981 consolida la AT en el marco de los Centros Base, de igual modo que reconoce la necesidad de formarse en este campo, si bien las acciones formativas en materia de AT se desarrollaron de forma puntual.

La formación se convierte en un tema central en la LISMI (1982), mediante la cual el Estado reclama y se compromete a adecuar la formación inicial y permanente a las necesidades asistenciales y profesionales en el campo de la discapacidad.

Tras la promulgación de la LISMI, no encontramos nuevas medidas desde el mundo social que contribuyeran al desarrollo de la AT. Tampoco la cuestión de la formación fue resuelta de acuerdo con los preceptos que marcó esta ley.

Como apuntábamos, el mundo médico parece distanciarse del debate de la AT y, con ello, de la necesidad de formarse para trabajar en este novedoso campo. Sin embargo, en el marco de la Sección de Neonatología de la Sociedad Española de Pediatría, se abrió una línea continuista, formada por algunos representantes del PNPS, que trataron de consolidar las interesantes y necesarias medidas que contempló el anterior Plan. En este momento, surgieron grupos de trabajo formados por profesionales (Grupos Gen) que más adelante comenzaron a no ser estrictamente del ámbito médico, como fue el caso de PADI (1987) y más adelante de GENYSI.

Paralelamente, la administración educativa fue respondiendo a las necesidades de la infancia con discapacidad, primero incardinada en los recursos propios de la Educación Especial y, más tarde, a través de un modelo de necesidades educativas especiales que defendía la máxima integración posible de todos los niños en las escuelas ordinarias.

En el año 1990, la LOGSE confirmó la asunción de la AT en el ámbito educativo así como la necesidad de formarse, dedicando un capítulo a la cualificación de los profesionales. En la misma línea que la LISMI, la LOGSE defendió la necesidad de adecuar tanto la formación inicial como permanente de todos los profesionales de la educación, a la atención de las diferentes discapacidades.

Desde los primeros planteamientos que marcaron el nacimiento de la AT, el mundo educativo es el que ha permanecido más activo tratando de adecuarse a las necesidades de la infancia con discapacidad, si bien no podemos afirmar que haya desarrollado un modelo de AT en sentido estricto.

Ya en la década de los noventa comienzan a plantearse los primeros problemas y críticas sobre la formación de los profesionales y la organización de los equipos, que en este momento atesoran ya algunos años de experiencia.

Desde el mundo social surgen las primeras críticas sobre el funcionamiento de los centros de *estimulación temprana*, en el entorno del encuentro de profesionales que tuvo lugar en Ávila en el año 1991. Además de cuestiones relativas a la organización de los equipos, se evidenció la necesidad de mejorar la formación y de adecuar la realidad académica del momento a los perfiles profesionales necesarios.

También por estas fechas, la cuestión de la formación empieza a ser objeto de debate en el entorno de las *Jornadas Interdisciplinares*, donde el grupo GENYSI, asumiendo tal preocupación, en colaboración con la Universidad Complutense empieza a generar los primeros estudios sobre la formación. Fruto de estas colaboraciones, se desarrollarán las primeras experiencias formativas en materia de AT en esta Universidad: el primer programa de doctorado en el año 90 y el primer Master en AT en el 94.

La preocupación por la formación emergerá igualmente en otras universidades donde comenzarán a desarrollarse acciones formativas en materia de AT, principalmente a nivel de postgrado (títulos de master y experto).

De nuevo, el desarrollo de la AT y la preocupación por la formación de los profesionales se vio acompañado por diferentes acuerdos internacionales que, a su vez, motivaron respuestas a nivel nacional. Sin duda, la publicación de las *Normas Uniformes* de la ONU (1993) condicionó el respaldo de estas medidas en el primer *Plan de Acción sobre Discapacidad* estatal, publicado en 1996.

Recordemos que la norma número 19 de la ONU trataba la necesidad de capacitar al personal que trabaja con personas con discapacidades en todos los niveles de la formación. Así mismo, el Plan de Acción estatal instaba a reformular la formación inicial y permanente de los profesionales, y contemplaba una novedosa idea: la necesidad de una formación continua común para los diferentes profesionales.

Paralelamente al movimiento de profesionales descrito, y a la incipiente conexión con la Universidad, el ámbito educativo continúa aproximándose al mundo de la AT. A nivel internacional, el Programa Helios II y la Declaración de Salamanca proclaman la necesidad de adecuar la formación inicial y permanente del profesorado en aras de conseguir la plena integración educativa del alumnado con deficiencias.

Ya a finales de la década de los noventa, el tema de la formación se revitaliza: GENYSI empieza a tratar de forma específica esta cuestión en sucesivas *Jornadas*, donde se evidencian las importantes carencias formativas en la formación inicial de los profesionales y la disparidad existente en los diferentes postgrados. A consecuencia de este trabajo, en el año 2000 se crea el Grupo Master de Mínimos, con la intención de estudiar y homogeneizar la formación en AT, además de servir de acercamiento de las diferentes disciplinas.

Por estas fechas, la formación de los profesionales de la AT comenzó a centralizar también gran parte del debate a nivel europeo, donde en la actualidad se están analizando, además de las competencias y la formación necesarias, la organización de los diferentes modelos asistenciales.

Las experiencias europeas (Agencia Europea, *EBIFF* y *Transatlantic Consortium*) enfatizan sobre todo la forma coordinada de trabajar, y la importancia de la formación continua. Cuestiones como la coordinación entre servicios y el trabajo en equipo están tomando cierto protagonismo, lo cual evidencia la necesidad de analizar y consensuar un modelo que atienda los requerimientos del niño y la familia a través de fórmulas de multiprofesionalidad / interdisciplinariedad.

11.2. Relativas a la formación:

Teniendo en cuenta el contexto en el que nace la AT, parece lógico pensar que los programas de formación en este campo profesional sean también relativamente novedosos.

La revisión histórica evidencia que las diferentes instituciones y su desarrollo normativo se han caracterizado por demandar la formación de los profesionales que integraban los servicios. De forma particular, se insiste en la formación continua de los profesionales en ejercicio, si bien hay algunas iniciativas que también contemplaron la necesidad de reformular la formación inicial y de acomodar la formación de postgrado a las necesidades asistenciales.

En el caso concreto de la formación continua, el estudio previo a la *XIV Reunión Interdisciplinar* (2004), en la que hubo un simposio satélite sobre formación, evidenció una significativa ausencia de cursos relacionados con la AT por parte de las tres grandes administraciones (sanidad, educación y servicios sociales).

En general, la demanda de formación no se ha acompañado tampoco de ningún análisis ni reclamo de los contenidos específicos del campo de la AT. Así mismo, tampoco se refleja la necesidad de una metodología de trabajo interdisciplinar.

En relación con las actividades formativas, a pesar de que en el inicio de la AT hubiera importantes iniciativas institucionales que contemplaron tales acciones, algunas no llegaron a desarrollarse y otras fueron muy sesgadas hacia los diferentes modelos asistenciales y roles

profesionales.

Otra cuestión no menos problemática es la de los perfiles profesionales propuestos en los modelos de atención, algunos de los cuales quedaron descontextualizados en la realidad académica de nuestro país. Esta desconexión persiste en la actualidad, si bien la Universidad está comenzando a responder, de forma incipiente, a las necesidades planteadas en el campo de la AT.

11.3. Reflexión final:

La necesidad de formación en el ámbito de la AT es un hecho incontestable: diferentes organismos, nacionales e internacionales, así como normativas de las administraciones afines a la AT y los propios profesionales han venido demandando una mejora en este sentido.

A nivel europeo, comienza a tener consistencia un modelo que defiende la alta formación – especialización en cada una de las disciplinas, mejorando de esta forma las diferentes culturas profesionales. A cambio, el debate se está centrando en la forma coordinada de trabajar, además de en las competencias personales necesarias. La dinámica resultante es que, una vez afirmada la necesidad de mejorar cada una de las disciplinas, el trabajo en equipo está ocupando gran parte del debate académico.

Para dar un sentido integrador a este planteamiento, será necesario cuestionarse nuevas hipótesis científicas encaminadas a reforzar los lazos entre unas disciplinas y otras. Los nuevos descubrimientos propios de la neurobiología cuestionan y pueden mejorar enormemente los métodos empleados en la educación y la psicología. Del mismo modo, la asunción de un modelo en que la familia protagoniza e interviene en el proceso de AT hace necesario incluir temas comunes sobre estas cuestiones en los planes de formación de los diferentes profesionales.

Tanto la formación como la metodología de trabajo en AT se han de encaminar hacia planteamientos que trasciendan la multiprofesionalidad: *en un contexto donde la multidisciplinariedad es una realidad, la interdisciplinariedad se convierte en el objetivo* (Arizcun, J., Gútiez, P. y Ruiz, E., 2004: 3).

Sólo mediante una formación sistemática, científica e interdisciplinar se puede formar profesionales capaces de atender de forma integral y coordinada las necesidades de la primera infancia con deficiencias / discapacidades.

BIBLIOGRAFÍA.

- AGENCIA EUROPEA PARA EL DESARROLLO DE LA EE (2006). Atención Temprana. Análisis de las situaciones en Europa. Aspectos clave y recomendaciones. Revisado el 17 de junio de 2006 desde Internet: http://www.european-agency.org/site/info/publications/agency/ereports/docs/15docs/eci_es.pdf
- ALONSO SECO, J.M. (1997). Atención Temprana. En VVAA, *Realizaciones sobre discapacidad. Balance de 2 años* (pp. 89 – 103). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- ARIZCUN, J., GÚTIEZ, P. y RUIZ, E. (2005). La formación de los profesionales de la Atención Temprana. En P. Gútiez (ed.), *Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0 – 6 años) y sus alteraciones* (pp. 934 – 953) Madrid: Editorial Complutense.
- ARIZCUN, J., GÚTIEZ, P. Y RUIZ, E. (2004) La formación de los profesionales de la Atención Temprana. Revisado el 17 de junio desde Internet: http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xivjorp/xiv_Gutiez.pdf
- ARIZCUN, J., GÚTIEZ, P. y RUIZ, E. (2004). Formación específica sobre Atención Temprana. XIV Jornadas Interdisciplinarias sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. GENYSI, Madrid. Revisado el 25 de enero de 2005 desde Internet: http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xivjorp/xiv_Gutiez.pdf
- ARIZCUN PINEDA, J. & RETORTILLO FRANCO, F. (1999). La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid. Madrid: GENYSI.
- ARRABAL TERÁN, M.C. & ARIZCUN PINEDA, J. (2000) Formación de grado y postgrado en pediatría. Revisado el 17 de junio de 2006 desde Internet: <http://paidos.rediris.es/genysi/framfor.htm>
- ARRIETA, F. *et al.* (1991). Profesionales y Estimulación Temprana: grupos de trabajo. En VVAA *Encuentro nacional de profesionales de la estimulación temprana* (pp. 32 – 46) Ávila: FECLAPS.
- CASADO, D. (2005). La Atención Temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo. Revisado el 2 de noviembre de 2005 desde Internet: http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia_ATDemetrio.pdf
- CERMI (2004). Plan de Acción del CERMI Estatal en materia de Atención Temprana para las Personas con Discapacidad. Madrid: CERMI. Revisado el 15 de junio de 2005 desde Internet: <http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/33E374D8-460D-4504-B2BE-8FBFFB48C320/1673/maquetabase20290705.pdf>
- CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA DE LA C.A.M. (1998). Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana. Madrid: Consejería de Educación y Cultura de la CAM.
- DECLARACIÓN DE SALAMANCA (1994). Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad. Revisado el 14 de febrero desde Internet: http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/leyes/dec_sal.htm

- EBIFF PROJECT (2006). Currículum for the professional training in Early Childhood Intervention. Revisado el 17 de junio de 2006 desde Internet: http://www.eqm-pd.com/ebiff/download/early_childhood_intervention_draft_curriculum.pdf
- ELOSEGUI, DE LINARES & CASQUERO (2003). Estudios sobre la necesidad de formación en Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, n^o4, pp. 6 – 9. Murcia.
- FEAPS (2001). Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana. Madrid: FEAPS.
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GRUPO PADI (1996). Documento sobre Criterios de calidad en Atención Temprana. Revisado el 25 de enero de 2005 desde Internet: <http://paidos.rediris.es/genysi/modulos.htm>
- GRUPO MASTER DE MÍNIMOS (2003). Memorando del Grupo Master de Mínimos. Manuscrito no publicado. Documento interno de trabajo. Madrid.
- GÚTIEZ, P. (2002). La Atención Temprana en España: necesidades de formación de los profesionales. XI Jornada de Universidad y Educación Especial, pp. 327 – 335, Palma de Mallorca.
- GÚTIEZ, P. (1990). Programa de Doctorado: La Atención Temprana y su conexión con la Educación Infantil. Manuscrito no publicado. Facultad de Educación, UCM.
- GÚTIEZ, P. et al. (2004). Necesidades de formación de los profesionales de la Atención Temprana. II Congreso Internacional de Atención Temprana. Universidad de Santiago de Compostela.
- GÚTIEZ CUEVAS, P. & RUIZ VEERMAN, E. (2002). Formación y Atención Temprana: situación del pedagogo y del psicopedagogo. Manuscrito no publicado. Proyecto de Investigación. Master Atención Temprana. Madrid: UCM.
- GÚTIEZ CUEVAS, P. & MATEO LEACH, B. (2003). Formación en Atención Temprana de la licenciatura en Psicología y diplomaturas. Manuscrito no publicado. Proyecto de Investigación. Master Atención Temprana. Madrid: UCM.
- INSERSO (1983). Diez años del Servicio Social de Minusválidos (1972 – 1982). Madrid: INSERSO.
- INSERSO. Memorias de actividad de los años 1980, 1981, 1982 y 1984. Madrid: INSERSO.
- INSERSO (1996). Plan de Acción para las personas con Discapacidad (1997 – 2002). Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- INSERSO (1980). Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos Físicos y Psíquicos. Madrid: INSERSO.
- INSERSO (1981). Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales. Madrid: INSERSO.
- LAMORAL, P. (1996). HELIOS II: Guía europea de buena práctica: hacia la igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- LEY 13/1982, DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE MINUSVÁLIDOS (LISMI). BOE 30 de abril de 1982.

- LEY ORGÁNICA 1/90 DE ORDENACIÓN GENERAL DEL SISTEMA EDUCATIVO. (LOGSE). MEC, 3 de octubre de 1990.
- MEMORIA DEL CONSEJO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA SUBNORMALIDAD. (1982). Manuscrito no publicado.
- PONTE, J., CARDAMA, J. (2004). Guía de estándares de calidad en Atención Temprana. Madrid: IMSERSO.
- REAL DECRETO 2639/1982 DE ORDENACIÓN DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL. MEC, 15 de octubre de 1982.
- REAL DECRETO 334/1985 DE ORDENACIÓN DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL. B.O.E. 16-3-1985
- REAL DECRETO 696/95, DE ORDENACIÓN DE LA EDUCACIÓN DE LOS ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. MEC, 28 de abril de 1995.
- REAL PATRONATO DE EDUCACIÓN Y ATENCIÓN A DEFICIENTES (1979). Plan Nacional de Educación Especial. Madrid: Fundación General Mediterránea y SEREM.
- REAL PATRONATO DE EDUCACIÓN Y ATENCIÓN A DEFICIENTES (1978). Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad. Madrid: Fundación General Mediterránea y SEREM.
- REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD (2001). Memoria del Real Patronato (1976 – 2001). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Revisado el 16 de mayo de 2005 desde Internet: <http://www.rpd.es/documentos/Memo25a.pdf>
- RESOLUCIÓN 37/52 POR LA QUE SE APRUEBA EL PROGRAMA DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ONU, 3 de diciembre de 1982.
- SEREM. Memorias de actividad de los años 1977, 1978. Madrid: SEREM.
- SEREM (1979). Formación de personal especializado en la atención a los minusválidos psíquicos: informe de la acción formativa del Departamento de Minusválidos Psíquicos en el año 1978. Madrid: SEREM.
- SEREM (1978). Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos Psíquicos: calendario de cursillos de Formación de Personal Especializado para el año 1978. Madrid: SEREM.
- SEREM (1979). Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos. Madrid: SEREM.
- SEREM. Boletín de Estudios y Documentación del SEREM (1975 – 1978). Madrid: SEREM.
- TRANSATLANTIC CONSORTIUM IN EARLY CHILDHOOD INTERVENTION (2006). International curriculum in Early Childhood Intervention. Revisado el 17 de junio de 2006 desde Internet: <http://www.transatlanticconsortium.org/>
- WARNOCK, M. (1978). Special Education Needs. Report of the Comitee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People. London: Her Majesty's Stationery Office.

Anexo 1

Formación en Atención Temprana

ACCIONES APROBADAS POR EL PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA SUBNORMALIDAD (1978):

1. Potenciar y coordinar Centros de Diagnóstico, Selección y Orientación Precoz ya existentes y determinar áreas geográficas de actuación.
2. Creación de nuevos centros por áreas.
3. Elaboración de un Directorio informativo.
4. Estudio y valoración de la estructura sanitaria (nutricional y perinatólogica).
5. Puesta al día de al estructura sanitaria (nutricional y perinatólogica).
6. Información y difusión sobre Prevención.
7. Determinación de un número mínimo de consultas médicas durante el embarazo.
8. Preparación de un documento para el control médico del embarazo.
9. Transporte móvil profesional para embarazadas.
10. Elaboración de estudios previos y puesta en práctica de los programas sobre Educación Nutricional generalizada.
11. Creación de Centro(s) Nacional(es) de Información y Asesoramiento en Prevención Integral.
12. Estudio de la Interrelación de factores socioculturales, con perinatólogicos, infecciosos, nutricionales y epidemiológicos.
13. Determinación de las regiones con existencia endémica de bocio y posterior erradicación.
14. Promoción de estudios para la determinación de las líneas fundamentales de investigación sobre factores nutricionales en períodos críticos, así como su puesta en práctica. *Idem* sobre mecanismos de implantación y / o evolución de la subnormalidad a partir de presuntas causas pre y perinatales.
15. Determinación de la tasa de mortalidad perinatal.

Formación en Atención Temprana

16. Estudio y valoración de la legislación actual materno – infantil para su puesta al día.
17. Elaboración de la norma que imponga la exigencia de la visita médica postnatal (8 semanas).
18. Confección de una lista unificada de factores de riesgo perinatal.
19. Determinación de las exigencias mínimas de personal e instalaciones para partos de alto riesgo y normales.
20. <i>Idem</i> para asistencia perinatal.
21. Elaboración de la norma que imponga la exigencia de que todo recién nacido sea examinado por un médico (15 días).
22. Elaboración de estudios previos y puesta en práctica de los programas sobre reactualizaciones profesional y perinatológica.
23. Promoción de estudio para la determinación de las líneas fundamentales de investigación perinatal.
24. Creación de Servicios de Neonatología en Centros de más de 2500 partos / año.
25. Creación de unidades de seguimiento madurativo para recién nacidos con riesgo de subnormalidad.
26. Definición clínica de embarazo y parto de alto riesgo.
27. Determinación de la forma de implantación de la Cartilla Sanitaria Infantil (nacimiento – 15 años).

Anexo 2

TÍTULOS Y TEMAS DE LAS DIFERENTES JORNAS INTERDISCIPLINARES DE POBLACIONES DE ALTO RIESGO DE DEFICIENCIAS:
<i>I.- PROGRAMAS DE IDENTIFICACIÓN, CONTROL, INTERVENCIÓN E INTEGRACIÓN. DEFICIENCIAS NEUROPSICOLÓGICAS Y SENSORIALES (1990):</i>
FACTORES DE RIESGO. PROGRAMAS DE CONTROL: NEUROLÓGICO, VISIÓN, AUDICIÓN, PSICOLÓGICO E INTERVENCIÓN PRECOZ. MODELOS DE AT EN LA ACTUALIDAD: CATALUÑA, ANDALUCÍA, MODELO EDUCATIVO, MODELO DEL IMSERSO Y SUBVENCIONADOS. DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN: CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS PERINATALES, DATOS DE CONTROL, IDEM VALORACIÓN SOCIO/AMBIENTAL, EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.
<i>II.-DISEÑO DE UN PROGRAMA COORDINADO PARA LA IDENTIFICACIÓN, CONTROL, INTERVENCIÓN E INTEGRACIÓN. DEFICIENCIAS NEUROPSICOLÓGICAS Y SENSORIALES (1991):</i>
IDENTIFICACIÓN DE POBLACIONES DE RIESGO. PROGRAMAS DE CONTROL. INTERVENCIÓN PRECOZ. COORDINACIÓN DE LOS RECURSOS DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICOS. DOCUMENTACIÓN. INFORMACIÓN E INFORMÁTICA.
<i>III.-INTERVENCIONES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO (1992):</i>
INGRESO EN NEONATOLOGÍA E INCIDENCIA FAMILIAR. PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN LA HOSPITALIZACIÓN. EL ALTA Y SEGUIMIENTO. RIESGO E INTERVENCIÓN TEMPRANA. LA COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE INTERVENCIÓN CON EL HOSPITAL.
<i>IV.-A.-EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS NEUROPSICOLÓGICAS, SENSORIALES Y B.-PROBLEMAS DE APRENDIZAJE (1994):</i>
A).- EPIDEMIOLOGÍA, PREVALENCIA Y ACTUACIONES PREVENTIVAS. DEFICIENCIAS MOTORAS, VISUALES, AUDITIVAS Y COGNITIVAS. B).- IDEM PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.
<i>V.-A.-NEURO IMAGEN Y DEFICIENCIA. B.-MODELOS DE INTERVENCIÓN Y C.-COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL: SANITARIA, SERVICIOS SOCIALES Y EDUCACIÓN (1995):</i>
A).-NEUROIMAGEN EN NEONATOLOGIA Y SU RELACIÓN CON ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS. B).-MODELOS Y TÉCNICAS EN AT: MOTORES, VISUALES Y AUDITIVOS. C).- PRESENTACIÓN DE DIFERENTES MODELOS DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL.
<i>VI.-A.-PROGRAMAS DE CONTROL EN NIÑOS DE MUY BAJO PESO. B.-ALTERACIONES COGNITIVAS (1996):</i>

A).- PROBLEMAS NEUROPSICOLÓGICOS EN POBLACIONES DE MUY BAJO PESO: CANADÁ, ESPAÑA Y HOLANDA. CONTROL EMBARAZO Y PARTO. SITUACIÓN EN ESPAÑA. PROGRAMA EN HOLANDA, B).- EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO, ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN LAS ALTERACIONES COGNITIVAS. PROGRAMAS EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA DE DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE POBLACIONES DE ALTO RIESGO DE DEFICIENCIAS. FORMACIÓN ESPECÍFICA DE PROFESIONALES PARA CONTROL Y TRATAMIENTO DE DEFICIENCIAS. NUEVAS TECNOLGÍAS DE LA INFORMACIÓN.

VII.-A.-DAÑO CEREBRAL Y DEFICIENCIAS. B.-EL SISTEMA FAMILIAR Y DEFICIENCIA. C.-FORMACIÓN EN A.T. D.-NUEVAS TECNOLOGÍAS: INFORMACIÓN Y AYUDAS (1997):

A).-PROBLEMAS NEUROLÓGICOS Y DEFICIENCIAS. B). - VALORACIÓN FAMILIAR Y REPERCUSIÓN DE UN NIÑO CON DEFICIENCIA. C).-FORMACION DE DIPLOMATURAS EN AT E IDEM EN EUROPA. D.-LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA EL CONTROL. REHABILITACIÓN Y ATENCIÓN TEMPRANA.

VIII.-ATENCIÓN TEMPRANA: A.-FUNDAMENTOS NEUROLÓGICOS. B.-RESPUESTAS ORGANIZATIVAS EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE AT(1998):

A).-ALTERACIONES EN EL DESARROLLO DE LA NEOCORTEZA. REORGANIZACIÓN Y REGENERACIÓN CEREBRAL. PLASTICIDAD NEURONAL. B).-ESCUELA INFANTIL Y NIÑOS CON NEE. MODELOS ASISTENCIALES EUROPEOS Y ESPAÑOLES. INICIATIVAS PROFESIONALES: PADI, GENYSI Y GAT.

IX.-RESPUESTA GLOBAL E INTERDISCIPLINAR EN AT (1999):

CONTROL Y EVALUACIÓN A MEDIO Y LARGO PLAZO DE NIÑOS DE ALTO RIESGO O MUY PREMATUROS. CALIDAD EN AT. AT Y FAMILIA. TRABAJO EN EQUIPO Y AT. LA AT EN LAS AUTONOMÍAS.

X.-FACTORES PREDICTIVOS DEL DESARROLLO TEMPRANO Y ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN EN LA COMUNICACIÓN Y LA INTERACCIÓN SOCIAL (2000):

DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL TEMPRANO. PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN DE ALTERACIONES DEL NEURODESARROLLO. SIGNOS PREDICTIVOS DE DEFICIENCIAS EN EL RECIÉN NACIDO. PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN DESARROLLO Y AT. GENOMA, AMBIENTE Y DEFICIENCIA.

XI.-A.-FACTORES EMOCIONALES DEL DESARROLLO TEMPRANO. B.-MODELOS CONCEPTUALES EN LA INTERVENCIÓN TEMPRANA (2001):

A).- FACTORES EMOCIONALES EN EL DESARROLLO Y SU ALTERACIÓN. B).-MODELOS PSICOLÓGICOS EN LA INTERVENCIÓN TEMPRANA. CAUSAS PERINATALES DE DISCAPACIDAD. PADRES CON NIÑOS EN AT. REUNIÓN TÉCNICA CON SEDE EN EL REAL PATRONATO SOBRE SISTEMA DE INFORMACIÓN Y CODIFICACIÓN DE

DEFICIENCIAS/DISCAPACIDAD.

XII.-ENTORNOS DE ATENCIÓN TEMPRANA (2002):

NEONATAL: VALORACIÓN BIOLÓGICA DEL NIÑO, FAMILIA, VINCULACIÓN E INFORMACIÓN, EVALUACION SOCIAL. IMPORTANCIA DEL CONTEXTO EDUCATIVO EN LA ATENCION A NIÑOS DE ALTO RIESGO O CON DEFICIENCIAS. RIESGO PSICOLÓGICO Y DISCAPACIDAD. SALUD MENTAL Y PROBLEMÁTICA NEONATAL.

XIII.-LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL AÑO EUROPEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2003):

FISIOPATOLOGÍA DE LA REPRODUCCION Y DISCAPACIDAD. PROGRAMAS EDUCATIVOS Y SANITARIOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA. NUEVAS TECNOLOGÍAS EN PREVENCIÓN Y AT. CENTROS DESARROLLO INFANTIL Y AT. FORMACION EN AT EN EUROPA (AÑO 2003, EN COLABORACIÓN CON GAT).

XIV.- LOS NUEVOS PROBLEMAS Y SUS RESPUESTAS EN LA ATENCIÓN TEMPRANA (2004):

HISTORIA DE LA AT ESPAÑA. LA AT EN 19 PAISES EUROPEOS. MODELOS DE COORDINACIÓN EN AT. PLASTICIDAD CEREBRAL. SIMPOSIO SATÉLITE: FORMACIÓN ESPECÍFICA EN AT. SISTEMA DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN AT. (AÑO 2004, EN COLABORACIÓN CON GAT).

I REUNIÓN TÉCNICA SOBRE DESARROLLO INFANTIL Y AT (2005):

PREVALENCIA DISCAPACIDADES EN ESPAÑA. ESTADO ACTUAL, DESARROLLO NORMATIVO EN AT, PLANES DE ACTUACIÓN Y OBSERVATORIO SOBRE LA DISCAPACIDAD. (AÑO 2005, EN COLABORACIÓN CON GAT).