

Atención temprana

José Luis Peña Segura⁽¹⁾, Pilar Abenia Usón⁽²⁾, Xenia Alonso Curco⁽³⁾, Joan Vidal Valls⁽⁴⁾, Saturnino Ortiz Madinaveitia⁽⁵⁾, Jaime Ponte Mittelbrunn⁽⁶⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana

⁽²⁾Unidad Neonatal. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

⁽³⁾Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

⁽⁴⁾Confederación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral. ASPACE Barcelona

⁽⁵⁾Hospital Santa Bárbara de Soria. Soria

⁽⁶⁾Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana

Peña Segura JL, Abenia Usón P, Alonso Curco X, Vidal Valls J, Ortiz Madiaveitia S, Ponte Mittelbrunn J. Atención temprana. Protoc diagn ter pediatr. 2022;1:65-73.



1. DESARROLLO INFANTIL

El **desarrollo infantil** se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones como el control postural, la manipulación, el desplazamiento autónomo, la comunicación, el lenguaje verbal, la interacción social y la capacidad intelectual.

Los 6 primeros años de vida tienen una significación determinante para todo el ciclo vital: se desarrollan etapas críticas del proceso de maduración del sistema nervioso (sinaptogénesis y mielinización), condicionado por **factores genéticos** y **ambientales** de orden biológico, psicológico y social.

El sistema nervioso en la primera infancia se caracteriza por la **inmadurez** y la **plasticidad**. La inmadurez condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las agresiones, y la plasticidad otorga una mayor capacidad de recuperación y reorganización, que decrece con los años.

Las intervenciones en Atención Temprana (AT) deben ser lo más precoces posibles, una vez sospechado o detectado un problema de desarrollo.

2. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA

El *Libro Blanco de la Atención Temprana* (2000), elaborado por un amplio grupo de profesionales de AT y publicado por el Real Patronato sobre Discapacidad, ha constituido un referente en nuestro país e incluso fuera de él. Define la AT como el “conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdiscipli-

nar”. Una definición muy semejante propuso el grupo de expertos reunidos por la Comisión Europea: “La Atención Temprana es un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidas previa petición, en un determinado momento de la vida de un niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para: asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia y fomentar la inclusión social de la familia y el niño”.

La AT ha sido reconocida e impulsada en los últimos años en las diferentes CC. AA. como una prestación imprescindible. Se ha producido un extenso y continuado despliegue de normas, procedimientos y redes de servicios. Pero en la adaptación a las distintas realidades se ha generado una diversidad excesiva en los ámbitos, coberturas, criterios, estructuras, procedimientos, objetivos y prioridades con los que se ha diseñado e implementado cada una de las redes autonómicas. No siempre resulta fácil reconocer unas señas de identidad básicas y comunes en las distintas CC. AA., y las redes de servicios presentan una normativa, financiación y organización desigual.

Son numerosas las organizaciones sociales que exigen aprobar unas directivas de ámbito estatal sobre AT, que reconozcan el derecho y que establezcan unos mínimos uniformes. Se reclama un modelo universal, gratuito e inclusivo; los servicios actuales no llegan a una parte importante de los niños y familias que deberían recibirla.

Es necesario desarrollar una ley estatal de mínimos en AT, que consolide un modelo homogéneo en todas las CC. AA. Se precisa un marco regulador que garantice los contenidos

de la prestación, los principios de actuación, el modelo de provisión, las condiciones de acreditación, los indicadores de evaluación, así como la financiación regular y suficiente.

2.1. Los niveles de intervención en Atención Temprana

2.1.1. Prevención primaria

Va dirigida **a toda la población infantil y a toda la sociedad**. Tiene por objeto evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. Los pediatras de Atención Primaria ocupan un lugar fundamental en la prevención de los trastornos en el desarrollo y situaciones de riesgo. Conocen la evolución del niño desde recién nacido en visitas sucesivas, y conocen también a la familia y el entorno sociocultural. Neonatólogos, pediatras y neuropediatras deberían ser parte activa en los planes de divulgación e información previos al nacimiento, el consejo genético, el control durante el embarazo, la preparación para el parto, el cribado de enfermedades metabólicas, los planes de vacunación, las campañas de prevención de accidentes infantiles...

2.1.2. Prevención secundaria

Tiene por objetivo **la detección y el diagnóstico precoz** de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo. El papel del pediatra de Atención Primaria es básico en la detección de los niños con trastornos de desarrollo y en su derivación para estudio al neuropediatra o al programa de Atención Temprana.

- Durante el primer año de vida podrán detectarse la mayoría de los trastornos más

graves: formas graves de parálisis cerebral (PC), discapacidad intelectual y déficits sensoriales (déficit visual, hipoacusia).

- A lo largo del segundo año, pueden detectarse formas moderadas o leves de los trastornos anteriores, así como los trastornos del espectro autista (TEA).
- Entre los 2 y los 4 años se detectan trastornos del lenguaje (TEL), trastornos motores menores y de conducta.
- A partir de los 5 años se hacen más evidentes en el colegio: disfunción ejecutiva, trastornos del aprendizaje y discapacidad intelectual leve.

2.1.3. Prevención terciaria

Dirigida a los **niños con trastornos de desarrollo y sus familias**. Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) asumen la máxima responsabilidad. Se refiere a las intervenciones sobre el niño y la familia encaminadas a paliar los efectos de la diversidad funcional para un desarrollo lo más normalizado posible; se contemplan todos los aspectos y todas las áreas del desarrollo, desde un modelo biopsicosocial y educativo.

3. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA: INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS DEL DESARROLLO

Precisan Atención Temprana:

Los niños y las familias cuyos hijos presentan una condición diagnóstica con alta probabilidad de derivar en un trastorno o un retraso en el desarrollo.

- Los niños y las familias cuyos hijos presentan una demora o dificultad en el desarrollo en relación con su edad y condición madurativa.
- Los niños y las familias cuyos hijos conviven de forma continuada con situaciones de exclusión social, estrés o desajuste sostenido de la interacción familiar y funciones parentales, con alta probabilidad de derivar en un trastorno o retraso evolutivo de no mediar intervención.
- Los niños y las familias cuyos hijos precisen apoyos específicos en la crianza o se hallen en situación de vulnerabilidad evolutiva según apreciación de sus propias familias o de los recursos sociales, sanitarios o educativos.
- Los niños que se encuentran en situación de desamparo, bajo guardia y custodia de la administración pública, en acogimiento familiar extenso o ajeno.

Se establece en torno al 2-3% la prevalencia de discapacidad en la infancia. A este porcentaje hay que añadir situaciones más leves o transitorias de dificultad en el desarrollo motor, psicológico o del lenguaje, el seguimiento de los niños de bajo peso o prematuros, las dificultades del desarrollo en el ámbito emocional o las situaciones de riesgo biopsicosocial, situaciones agravadas por la fragilidad de los itinerarios de crianza y la presencia estructural de un sector de la infancia que vive en condiciones de pobreza. Todos estos factores repercuten de forma notable sobre la potencialidad evolutiva de la población infantil y elevan la población diana más allá del 10%. En nuestro país, estudios en el ámbito de la Pediatría de Atención Primaria

sitúan en torno al 11% los niños de 0 a 6 años de un cupo de Atención Primaria que presenta problemas del desarrollo.

En Estados Unidos, el informe de 2018 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) estima que más del 16% de los niños tienen una discapacidad o retraso en el desarrollo. En una encuesta transversal nacional, la prevalencia referida por los padres de discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista (TEA) y otros retrasos en el desarrollo en niños de 3 a 17 años osciló entre el 6 y el 15%.

El 10% de la población infantil de 0 a 6 años debe ser el objetivo de la red de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) que proporcionan la prestación en España. Según datos estadísticos de 2017, la población de 0-6 años asciende a 2 552 268 y, por tanto, la población diana que precisa AT en nuestro país ascendería a 255 227. Según los datos disponibles del año 2017, hay una gran desigualdad respecto a los niños atendidos en los Programas de Atención Temprana (PAT) de las diferentes CC. AA., con variaciones desde el 9% hasta apenas alcanzar el 1%.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN TEMPRANA

Los criterios de inclusión en los PAT se han ido modificando, según las experiencias de las diferentes CC. AA. y los recursos disponibles. Se establecen dos grandes grupos de riesgo: **riesgo biológico**, que engloba el riesgo neurológico, sensorial visual y auditivo, y el **riesgo social**.

En la **Tabla 1** quedan recogidos los factores de riesgo del recién nacido (RN).

Tabla 1. Factores de riesgo en el recién nacido (RN) que indicarían inclusión en Programa de Atención Temprana

Factores de riesgo biológico
Gran prematuro (<32 semanas)
RN con peso <1500 gramos
Encefalopatía hipóxico-isquémica
Lesión o malformación del sistema nervioso central
Infecciones graves del sistema nervioso central
Patología neuromuscular
Infecciones congénitas
Errores congénitos del metabolismo
Retraso en el crecimiento intrauterino
Hipotonía, alteración en la exploración neurológica del RN
Convulsiones neonatales
Microcefalia
Anomalías metabólicas (como hipoglucemia que precise tratamiento, hiperbilirrubinemia con exanguinotransfusión)
Anomalías congénitas
Policitemia-síndrome de hiperviscosidad (si es sintomático)
Posoperados cirugía cardiaca
Pacientes sometidos a ECMO
Enfermedad pulmonar
Ventilación mecánica prolongada
Síndromes malformativos, cromosomopatías y genopatías
Factores de riesgo ambiental
Enfermedad mental de padres o cuidadores
Drogadicción de padres o cuidadores
Malos tratos
Bajo nivel socioeconómico
Disfunción o disrupción familiar
Madre adolescente

También deberían ser incluidos en los PAT los niños que en sus 6 primeros años presenten algún signo de alarma en cualquier aspecto de su neurodesarrollo: motor, cognitivo, sensorial,

lingüístico, de interacción, conducta, emociones, vínculo, esfínteres, alimentación, sueño... Los factores de riesgo ambientales serán los mismos que en periodo neonatal.

5. ¿QUIÉN INTERVIENE EN ATENCIÓN TEMPRANA?

Intervienen profesionales de diferentes ámbitos, con una formación académica diversa y que, en ocasiones, utilizan una jerga profesional diferente; la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) pretendió en su momento unificar criterios diagnósticos.

Estos ámbitos de actuación son: CDIAT, servicios sanitarios hospitalarios y de Atención Primaria, servicios educativos y servicios sociales. La **coordinación** debería ser básica, y los profesionales no disponen de un tiempo específico para realizarla; en muchas ocasiones se basa en la buena disposición, unida al conocimiento personal y a una buena relación entre los profesionales.

Hay tres perfiles pediátricos clave en los PAT: neonatólogo, pediatra de Atención Primaria y neuropediatra.

5.1. Unidades de Neonatología

Las **unidades de Neonatología** deben favorecer el inicio de la AT durante el ingreso y planificar el alta hospitalaria para que puedan establecerse las necesidades de control y seguimiento que precise el niño al marcharse a casa, la capacidad de la familia para cuidarlo, la situación socioeconómica y cultural, los medios disponibles en su entorno para que reciba los mejores cuidados y la planificación del segui-

miento. Deberían establecerse los programas de seguimiento por los diferentes especialistas sanitarios hospitalarios que pueda precisar: neonatólogo, neuropediatra, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, nutricionista, rehabilitador, ortopeda... Y coordinar el alta con el **pediatra de Atención Primaria** y el **CDIAT** próximos a la residencia del niño. Sería deseable que los profesionales del CDIAT ya hubieran establecido contacto con la familia y con el personal sanitario durante el ingreso.

5.2. Pediatría de Atención Primaria

Para aquellos niños con signos de alarma en su desarrollo, que no presentaron factores de riesgo en periodo neonatal, el **pediatra de cabecera** es una piedra angular. Cuenta con bazas fundamentales: el conocimiento de los patrones normales de desarrollo evolutivo y la posibilidad de un control evolutivo en sucesivas consultas; goza, además, del respeto, la confianza y la proximidad de las familias. Tiene los argumentos suficientes para tomar la decisión de cuándo derivar al PAT o cuándo derivar al medio hospitalario para completar el estudio. En ambos casos debe tenerse en cuenta que se despiertan una preocupación y unas expectativas en los padres.

5.3. Neuropediatría

Según el *Libro Blanco de la Atención Temprana*, la **Neuropediatría** es una de las especialidades médicas más adecuadas para formar parte de los Equipos de Atención Temprana. El neuropediatra participa en todas las etapas de la AT: detección, diagnóstico, información e intervención. Su labor fundamental, una vez completadas las pesquisas diagnósticas, es el asesoramiento de la familia y de los profesio-

nales del equipo de AT en la comprensión del problema. Puede ser el elemento coordinador y homogeneizador de la AT, el enlace entre los CDIAT y los servicios sanitarios, distintas especialidades hospitalarias y pediatras de Atención Primaria. Es necesaria su participación activa en los programas de formación y docencia relacionados con la AT y debería participar en las campañas de sensibilización, información y formación de las familias, centros de Atención Primaria, servicios sociales, guarderías y escuelas infantiles. Debe conocer las distintas propuestas terapéuticas o métodos de intervención, así como sus fundamentos científicos y sus posibles indicaciones; puede asesorar con criterios científicos a los padres y a la administración acerca de su validez y, por tanto, ayudar en la toma de decisiones. En la actualidad, no siempre es posible la presencia del neuropediatra en los CDIAT. Sería deseable que en los PAT de las diferentes CC. AA. figure y se exija la coordinación de los CDIAT con el pediatra de Atención Primaria y el neuropediatra de referencia.

6. DIAGNÓSTICO

El proceso diagnóstico parte de un motivo de consulta y de una anamnesis detallada, haciendo especial hincapié en la historia obstétrica, los antecedentes perinatales y el desarrollo psicomotor.

Se realizará la exploración física siguiendo algunas pautas generales: observando el mayor tiempo posible en un ambiente relajado, usando un lenguaje claro y descriptivo para anotar las impresiones y un resumen final tipo “fotografía del niño”. A cualquier edad se puede seguir un esquema general: fenotipo morfológico, manchas en la piel, columna y pies,

perímetro cefálico, fenotipo conductual y exploración neurológica sistemática.

A continuación, generalmente en el ámbito hospitalario, se solicitan los exámenes complementarios pertinentes. El hecho de que sean normales no excluye “organicidad” y exige una interpretación.

Tras un análisis adecuado del motivo de consulta, anamnesis, exploración física y exámenes complementarios, se establecerá una impresión diagnóstica. El **seguimiento evolutivo** es fundamental para confirmar las hipótesis diagnósticas iniciales.

Los esfuerzos diagnósticos pretenden esclarecer en relación con el trastorno que presenta el niño:

- La repercusión **funcional**: motora, cognitiva, comportamental o sensorial.
- La **localización**: encefalopatía, medular, unidad neuromuscular, ojos u oídos.
- La **temporalidad** de la causa: **prenatal** (genética o disruptiva), **perinatal** o **posnatal**.
- Causa del problema o diagnóstico **etiológico**.

El diagnóstico etiológico no siempre es fácil y posible; además, raramente asocia una terapéutica causal. **La búsqueda del diagnóstico etiológico no debe demorar el inicio de AT: es suficiente con el diagnóstico funcional y sindrómico.** El diagnóstico en AT debe ser amplio e integrar todos los diagnósticos parciales. Todos los profesionales involucrados intervienen en el diagnóstico.

7. COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA

La comunicación de la “primera mala noticia” exige planificación en equipo y formación, así como elaboración de un listado de información, tiempos y espacios adecuados. La información diagnóstica es un proceso, no un acto puntual. Todos los profesionales que intervienen en el cuidado de los niños participan en el proceso de información. Es fundamental la coordinación, evitar mensajes contradictorios y transmitir que “todos somos el mismo equipo”. La familia debe sentirse acompañada a lo largo de este proceso y es necesario comprender y respetar el proceso de duelo de cada familia. La información debe ser veraz, para ayudar a comprender y asumir el problema, y deben evitarse los términos técnicos incomprensibles. Hay que cuidar las formas: tiempo dedicado, espacios, momento seleccionado... Un perfil diagnóstico bien definido genera seguridades, aunque el diagnóstico y el pronóstico puedan considerarse graves. Se debe tener una actitud positiva, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del niño y su familia, desarrollar al máximo sus capacidades potenciales, evitando las expectativas de “curación” alejadas de la realidad. Sería deseable empoderar a la familia para el mejor cuidado de su hijo.

8. CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA (CDIAT)

La AT se lleva a cabo en los diversos centros, servicios y unidades que desde los ámbitos sanitario, social y educativo atienden las necesidades de la población infantil. La AT debería considerarse como un derecho universal que tiene que realizarse en los contextos de desarrollo de los niños. El lugar idóneo para llevar a cabo

todas las acciones de la AT en unas condiciones óptimas es el CDIAT, configurado por un equipo profesional multidisciplinar especializado, en un espacio y con unas instalaciones dotadas con equipamientos específico.

La denominación CDIAT, plasmada en el *Libro Blanco de la Atención Temprana*, sintetiza la concepción actual de la AT, en la que se tienen en cuenta, además de los aspectos biológicos y de la salud, aquellos relacionados con las posibilidades de desarrollo y de aprendizaje en la infancia, con el ajuste familiar, con el bienestar personal y social de la familia, con los entornos y con las interacciones sociales.

El espacio físico, el equipamiento, la composición y especialización de sus recursos humanos, su naturaleza y especificidad de funciones, hacen que los CDIAT se configuren como servicios de carácter interdisciplinar cuyo objetivo es la atención a los niños con trastornos en el desarrollo, o con riesgo de padecerlos, y a sus familias.

Están formados por un equipo multiprofesional de carácter interdisciplinar y orientación holística, que abarca la globalidad del niño desde un punto de vista biopsicosocial. Los profesionales proceden de los ámbitos sanitario, educativo y social y tienen **formación específica en AT**. Las titulaciones de grado que pueden acceder a la formación especializada en Desarrollo Infantil y Atención Temprana, según establecen los reglamentos de posgrado de las universidades españolas, son: Pedagogía, Psicopedagogía, Psicología, Logopedia, Educación Social, Magisterio, Enfermería, Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Medicina.

Las intervenciones en el CDIAT consisten en:

- Acogida y acompañamiento familiar.

- Valoración y seguimiento biopsicosocial.
- Intervención o tratamientos directos.
- Coordinación interna de los miembros que forman el equipo.
- Coordinación externa con el resto de profesionales que intervienen.

Se requieren equipos **muy cualificados** y un conjunto de medios y recursos materiales. La larga trayectoria y el trabajo realizado en los CDIAT durante las últimas décadas han acreditado la necesidad de contar con ellos como un elemento indispensable de la comunidad, al igual que lo son los colegios, los hospitales o los centros de salud. Los CDIAT son **espacios generadores de recursos para el niño** con algún tipo de problemática o riesgo y **también para su familia y para su entorno**. Han de tener establecidos procedimientos de actuación protocolizados y mantener certificaciones de calidad de supervisión externa que garanticen su eficacia y eficiencia.

La adecuada organización de los equipos de AT posibilita que realicen los cometidos de unificar diagnósticos, establecer los objetivos de desarrollo y los esquemas de intervención; han de diseñarse programas de intervención individuales, y revisarlos y actualizarlos periódicamente con las familias.

9. CONCLUSIONES

- La AT debería comenzar o al menos organizarse en las unidades de Neonatología, evitando intervalos libres en los que el niño de riesgo y su familia esperan la entrada en el PAT.

- La detección precoz de los niños con factores de riesgo o signos de alarma en el desarrollo es fundamental en la práctica de los **pediatras de Atención Primaria**, quienes realizarán una derivación lo más pronto posible para recibir AT.
- Los **neuropediatras** deben tener un papel fundamental en AT, ya que en muchas ocasiones es la única intervención terapéutica que pueden ofrecer a sus pacientes y sus familias.
- La AT solo precisa para su inicio el **diagnóstico funcional** o sindrómico y, a pesar de ser difícil la valoración objetiva de su eficacia, es percibida con alta satisfacción por niños, familias y profesionales implicados.
- Es fundamental la **coordinación** entre los programas de seguimiento del recién nacido de riesgo neurológico, la Neuropediatría y otras especialidades hospitalarias, los pediatras de Atención Primaria y la AT, y habría que hacerla extensible a los servicios educativos y sociales. Independientemente de los circuitos asistenciales, la familia debe percibir que se encuentra inmersa en un **“continuum asistencial”**. Esta coordinación sería más fácil si los **PAT** de nuestro país fueran **interdepartamentales** (educación, sanidad y servicios sociales), optimizando todos los recursos humanos y materiales.

BIBLIOGRAFÍA

- Aites J, Schonwald A. Developmental-behavioral surveillance, and screening in primary care. En: UpToDate [en línea]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/developmental-behavioral-surveillance-and-screening-in-primary-care>.

tal-behavioral-surveillance-and-screening-in-primary-care

- Álvarez Gómez MJ, Soria Aznar J, Galbe Sánchez-Ventura J. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:65-87.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Libro Blanco de la Atención Temprana. Real Patronato de Atención a la Discapacidad [en línea]. Disponible en: <http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Atención Temprana. La visión de los profesionales [en línea]. Disponible en: <https://gat-atenciontemprana.org/2019/05/23/atencion-temprana-la-vision-de-los-profesionales/>
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Organización diagnóstica para la atención temprana (ODAT) [en línea]. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/2978>
- Galbe Sánchez-Ventura J, Merino Moína M, Pallás Alonso CR, Rando Diego A, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, *et al*. Detección precoz de los trastornos del desarrollo (parte 1). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018;20:73-8.
- Kolb B, Mychasiuk R, Muhammad A, Gibb R. Brain plasticity in the developing brain. *Progress in brain research*. 2013;207:35-64.
- Shonkoff JP, Phillips DA. From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- Soriano, V. Atención temprana. Análisis de las situaciones en Europa. Aspectos clave y recomendaciones. European Agency for Development in Special Needs Education [en línea]. Disponible en: https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_es.pdf

