

---

# PIAT: “Plan individualizado de atención temprana”. Revisión, fundamentos y requisitos del documento

*IFSP: “Individualized Family Service Plan”. Document review, rationale and requirements*

---

## Palabras clave

Atención temprana, España, Plan individualizado de atención temprana, terapeuta clave, infancia

---

## Keywords

Early care, Spain, Individualized Family Service Plan, key worker, childhood

**Miguel Ángel Capó Juan**

<ma.capo@uib.es>

Universitat de les Illes Balears.  
España

---

## 1. Situación y contexto

Según expone el *Libro blanco de la atención temprana* (GAT, 2000), se trata de una atención dirigida a los niños/as que presentan un trastorno en su desarrollo o que están en riesgo de padecerlo. Precisamente, una atención que consiga aminorar el trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo a niños y niñas de 0 a 6 años y a sus familias.

La atención temprana (AT) en nuestro país se ampara legislativamente bajo la atención a la discapacidad, inicialmente por la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, y actualmente por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (RD 1/2013). La ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 ya marcó un camino hacia la importancia de la atención y la rehabilitación. Además, podríamos destacar en el artículo 26 sobre habilitación y rehabilitación, la importancia de la atención en edades tempranas como se especifica en la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Así como el artículo 51 del Texto Refundido, sobre clases de servicios sociales “el servicio de apoyo fami-



### Para citar:

Capó, M. A. (2022). PIAT: “Plan individualizado de atención temprana”. Revisión, fundamentos y requisitos del documento. *Revista Española de Discapacidad*, 10(2), 229-238.

**Doi:** <<https://doi.org/10.5569/2340-5104.10.02.12>>



liar tendrá como objetivo la orientación e información a las familias, el apoyo emocional, su capacitación y formación para atender a la estimulación, maduración y desarrollo físico, psíquico e intelectual de los niños y niñas con discapacidad, y a las personas con discapacidad y para la adecuación del entorno familiar y próximo a las necesidades de todos ellos”. Por ende, cabe señalar la reciente reforma del Texto Refundido (Ley 6/2022), en materia de accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación universal, dando un paso más hacia la igualdad de derechos y una atención más integral.

Por otro lado, se podría contemplar también la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006), ya que la atención temprana pretende la promoción de la autonomía personal con carácter preventivo, aunque ciertamente esta ley fue inicialmente concebida para las personas mayores y personas con discapacidad. De hecho, como se describe en el artículo 21 sobre prevención de las situaciones de dependencia, “tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”.

La atención temprana se encuentra en un ciclo vivo evolutivo que se nutre de la evidencia y de los avances. La epigenética explica que las variaciones de expresión génica son un proceso que se encuentra bajo la influencia del medio ambiente, durante diversas etapas del desarrollo y la edad adulta (Casavilca-Zambrano *et al.*, 2019). Hoy en día se sabe que un niño/a con discapacidad aprende de la misma manera que otro/a sin discapacidad, pero requiere de mayores oportunidades de aprendizaje, y para ello, se podrá aprovechar el entorno natural como parte de la vida familiar y comunitaria (Adams *et al.*, 2013). Es precisamente gracias al potencial de la neuroplasticidad, mayor en los primeros años de vida, que se indicarán procesos susceptibles de modificación mediante una intervención terapéutica basada en una programación específica (Martínez-Morga y Martínez, 2016).

Cada vez más, la atención temprana está obteniendo mundialmente mayor reconocimiento e importancia en nuestra sociedad, y no es de extrañar, dada la repercusión positiva que supone atender en edades tempranas, como refleja la evidencia y la normativa señalada. Después de más de cuarenta años de atención temprana en nuestro país, se refleja la necesidad de estar abiertos a cambios en formas de intervención, y a seguir remarcando la importancia de la participación de las familias (Puerto Martínez, 2020). A pesar del recorrido, en la actualidad, no existe una ley nacional de atención temprana que reglamente, articule y ordene los principios, aunque sí normativas de carácter autonómico y documentos internacionales y nacionales de referencia.

Un documento que destacar es la *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud, versión para la infancia y adolescencia (CIF-IA)*, que describe y evalúa a través de criterios universales la salud y la discapacidad durante las primeras dos décadas de la vida (Organización Mundial de la Salud, 2011). La CIF-IA, más allá de una clasificación, impulsó una manera más social de entender e interpretar la discapacidad, los déficits o deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación por medio de su interacción con el entorno (contexto y ambiente). En esta línea, cabe destacar en nuestro país la *Organización diagnóstica para la atención temprana (ODAT)*, elaborada por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT, 2004). La ODAT consideró distintas taxonomías diagnósticas al uso sobre trastornos infantiles y contempló en una sola clasificación factores de riesgo (primer nivel), y trastornos (en un segundo nivel) (Belda, 2006). Posteriormente en un tercer nivel, en

el 2011, consideró los recursos y apoyos de cara a la intervención. Esta herramienta es el punto de partida en la valoración inicial, programación y prescripción, para posteriormente orientar hacia una planificación, valoración e intervención en los centros o servicios de atención temprana.

En España, la atención temprana se enmarca generalmente dentro de los servicios sociales o bien en los de salud. Además, encontramos un esquema diverso y plural organizativo en lo que se refiere a la valoración que determinará la prescripción de atención temprana. En algunas comunidades autónomas existen unidades valoradoras que tienden a programar y a emitir una resolución sobre si corresponde la prestación de servicio. En Baleares, es la "Unidad Diagnóstica Infantil en Atención Temprana" que depende de servicios sociales, la que lleva a cabo esa valoración multidisciplinar, programación y resolución. En otras comunidades como en Andalucía, facultativos/as de las "Unidades de Atención Infantil Temprana" toman esa decisión desde los servicios de salud. Incluso, en algunas comunidades como en Cataluña, las familias pueden dirigirse para la valoración inicial a los servicios que prestan a su vez la atención terapéutica.

Los centros o servicios concertados que prestan y planifican la atención terapéutica se denominan de diversas maneras (CAIT, CDIAP, CDIAT, EIAT, SEDIAP...). La tendencia en nuestro país es a iniciar el acrónimo con la palabra centro. (Romero-Galisteo y Capó Juan, 2020). En todo caso, los/las profesionales de estos centros intervendrán interdisciplinar y transdisciplinariamente con el niño o a la niña y su familia en su entorno inmediato, de forma ambulatoria y periódica, de acuerdo con un plan de intervención individual como marcan algunos decretos autonómicos (Decreto 85/2010). Estos centros planificarán la atención temprana durante todo el tiempo que se extienda la prestación.

Los centros de atención temprana, una vez han obtenido los diagnósticos de la *Organización diagnóstica para la atención temprana*, u otros diagnósticos complementarios de otras clasificaciones (CIF-IA, Clasificación Internacional de Enfermedades...), tendrán que realizar una acogida y/o valoración inicial, y una entrevista semiestructurada. Para realizar esa valoración, detectando las necesidades reales del niño/a y la familia, se hará uso de pruebas estandarizadas (escalas de desarrollo, aptitudes generales y específicas) (Montes Lozano, 2013). Especialmente, cabe destacar la importancia de escalas y pruebas que analizan la implicación familiar en la atención temprana, así como el índice de estrés parental. Posteriormente se establece el programa de intervención terapéutico. Este programa que contendrá diversa información, objeto de esta revisión, establecerá pautas y objetivos de intervención ligados a los preceptos del Libro blanco (GAT, 2000), como: "1) Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del/ de la niño/a; 2) Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo de/de la niño/a; 3) Introducir los mecanismos necesarios de compensación, eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas; 4) Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo; 5) Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el/la niño/a; 6) Considerar al/a la niño/a como sujeto activo de la intervención".

Asimismo, continúa siendo un reto establecer una mayor homogeneidad en la forma de intervención en atención temprana, teniendo en cuenta el trabajo con las familias (Martínez y Calet, 2015), y esto pasa más en algunas comunidades que en otras, o incluso según los principios de recorrido histórico en los que los centros fundamentan su filosofía de atención. Y aunque actualmente se dé por hecho que la familia siempre se encuentra incluida y participando activamente, no siempre se ha concebido la atención temprana bajo esta filosofía. Trabajar con las familias es un principio que parece más que claro, el planteamiento surge en cómo hacerlo, y plantear si todos los/las profesionales de atención temprana ya se sienten en el mismo momento e igual de empoderados para hacerlo. Además, es normal que el/la profesional se cuestione su

práctica y su capacidad, para alcanzar el nivel de implicación que busca por parte de las familias (Orcajada y García-Sánchez, 2020).

En la línea de lo comentado, para organizar las prácticas en atención temprana junto a la familia, resulta indispensable contar con una programación de la intervención mediante un plan o programa. *Ad hoc*, el Libro blanco (GAT, 2000) contempla que “el programa deberá incluir la temporalización de los objetivos, la modalidad metodológica y la evaluación de los objetivos propuestos o del resultado de la aplicación del programa”.

Así, y como define la Ley 39/2006, un “Plan individualizado de atención” (PIA) es un informe elaborado por los servicios sociales correspondientes al municipio de residencia de la persona solicitante y recoge las modalidades de intervención más adecuadas a la persona en función de los recursos previstos en la resolución para su grado. El acrónimo PIA es también utilizado para la atención temprana, aunque claramente se requiera una nomenclatura más específica y unos mínimos que dicho documento debe contener, dada la naturaleza diversa del documento.

Antes de planificar se requiere que, acorde a los programas o proyectos disponibles de atención y necesidades, se prescriba la atención temprana. Posteriormente, un documento que planifique toda la actividad como herramienta fundamental viva y fluida, que contemple las prioridades cambiantes, las metas u objetivos alcanzados. Además, planificar implica acciones transversales que van más allá de la atención terapéutica. *Ad hoc*, la planificación tendrá en cuenta siempre las necesidades de la familia y el niño/a, y las rutinas en entornos habituales, especialmente el hogar, para la consecución hacia su proceso de autonomía personal. Tampoco podemos descartar otros entornos como la escuela, el parque, el domicilio de los abuelos, según cada caso y necesidad. Cabe considerar que, si incluso la familia requiere un conjunto de herramientas sobre la evidencia experiencial en atención temprana (Schippke *et al.*, 2017), los profesionales de atención temprana la requieren también, y dicha experiencia debe recogerse a través de un documento consensuado.

Por ello, el objetivo de este estudio es revisar la literatura y presentar una propuesta, para que cada profesional de atención temprana en España pueda utilizar un documento similar que facilite la planificación.

---

## 2. Requisitos fundamentales del “Plan individualizado de atención temprana”

Revisando la literatura y la normativa vigente en nuestro país, observamos que los nombres que más predominan son “Plan individual/individualizado de atención temprana (PIAT)” o “Plan individual/individualizado de apoyo familiar (PIAF)”. También encontramos “Plan de actuación”, “Plan de intervención individual”, “Programa de atención temprana”, “Programa de atención individual”, “Plan o propuesta personalizada de atención”, entre otros.

Después de todo lo expuesto, el apoyo familiar en las siglas resulta una evidencia y a la vez una redundancia: no podemos concebir una atención temprana sin el apoyo y atención familiar, como ya se especifica en el Libro blanco (GAT, 2000). La participación permite a la familia descubrir sus recursos y a la vez reforzar la relación con su hijo/a, aspecto fundamental para su evolución madurativa y afectiva. Por otro lado, el hecho de utilizar la palabra “plan” en vez de “programa”, implica que dentro del mismo plan deben contenerse

diversos programas de atención para el/la menor, también contando con objetivos familiares que trascienden y le afectan directa o indirectamente. Además, cabe distinguir que generalmente “propuesta” o “programación” tiende a referirse al documento de resolución gubernamental, y la “planificación” al documento objetivo del análisis de esta revisión.

Por tanto, acorde a lo expuesto y teniendo en cuenta la participación en más de un 80% de los servicios sociales en la gestión de la atención temprana en España (Romero-Galisteo y Capó-Juan, 2020), se sugiere utilizar una adaptación al acrónimo de origen y naturaleza social conocido, proponiendo el uso de PIAT.

Curiosamente, cabe citar la similitud y la popularización con el acrónimo PIAS, utilizado en ámbito totalmente diferente y surgido de la reforma fiscal del 2007. Se refiere a “Planes individuales de ahorro sistemático” que incluyen un seguro de vida y un plan de ahorro (Agencia Tributaria, 2022). Así, un acrónimo conocido y extendido en otros ámbitos, puede resultar positivo con el fin de dar a conocer y popularizar las siglas PIAT.

A continuación, se detallan los diez puntos clave del PIAT:

#### **i. Identificación del centro de atención temprana**

La identificación del centro a través del logotipo, isotipo, imagotipo, isologo es el símbolo de la entidad. El logotipo es la identidad visual de la marca, y la marca o símbolo implica garantía y responsabilidad única e irrepetible (Pol, 2005). La administración tiende a ofrecer a la ciudadanía calidad del servicio (Pareja, 2020). Además, los centros concertados cumplirán con las acreditaciones de calidad y auditorías técnicas que en cada comunidad se exijan. Un centro concertado que presta un determinado servicio será más visible, confiable y garantizará la tranquilidad de la ciudadanía. Por tanto, la coexistencia de ambos logotipos (administración y centro concertado), visibles en la cabecera del documento, garantizará la oficialidad de este. A pie de página, también constará la dirección postal y electrónica, así como el teléfono para garantizar el contacto con el centro.

#### **ii. Tipo de documento**

El PIAT indicará si se trata de un documento de inicio o de un cambio/revisión porque se modifiquen los objetivos o información sustancial. Así, únicamente existirá un PIAT inicial y el resto serán revisiones. De hecho, y a pesar de no encontrar referencias que temporalicen cada cuanto tiempo cabe replantear los objetivos y reevaluaciones en atención temprana, se considera como mínimo plasmar modificaciones cada seis meses, para ser consecuentes y marcar un tiempo prudencial en la consecución de los objetivos.

#### **iii. Datos personales y profesionales**

En referencia a los datos personales, resultan necesarios para poder identificar al niño/a. Por tanto, como mínimo, constarán: el nombre, la edad, la fecha de nacimiento, los diagnósticos ODAT, el tipo de escolarización con sus apoyos y contactos, los apoyos/consultas/seguimientos de otros servicios con sus contactos, el grado de dependencia y discapacidad, el contacto con el domicilio habitual y el nombre de los/las familiares a cargo.

También resultará indispensable que se señale el nombre de el/la profesional referente que hará la interlocución, o del resto de profesionales constando en todo caso los días y el horario habitual de atención, así como la fecha de inicio y fin de la intervención (sesiones directas individuales o grupales, o indirectas) de cada profesional.

#### iv. Esquema de apoyos

Frecuentemente, podemos encontrar en el PIAT el ecomapa que permite una mayor comprensión de los entornos y los apoyos formales, informales e intermedios del menor que recibe intervención (Mc Williams, 2016).

#### v. Metodología

La metodología aplicada puede seguir tres líneas: trabajo habitual en el centro, trabajo habitual en entornos naturales, o bien trabajo mixto o combinado (actividad habitual en el centro, pero con alguna sesión mensual para conocer y poner en práctica actividades en algún entorno habitual). De esta metodología dependerá el número de profesionales implicados/as, que se pretende que sean el mínimo posible, siempre que se cubran las necesidades de manera adecuada, para facilitar el proceso y la comunicación con la familia. En el caso de que coexistan diferentes profesionales y trabajen con la familia en el centro, deberán hacerlo siempre en presencia y colaboración activa de la misma, así como en coordinación con el resto del equipo. Por otra parte, cuando se determine el/la referente se debe seleccionar el perfil de la persona que más se ajuste a las necesidades a trabajar. La interacción de más de un/a profesional con la familia de forma continuada, más el/la profesional referente, generará a la larga un sentido ilógico al trabajo en entornos. El trabajo transdisciplinario a través de una persona referente sugiere que las familias tienen mejor relación y menos necesidades insatisfechas, mejor moral, información, satisfacción y mayor participación (Young *et al.*, 2021). En todo caso, y sea la metodología que sea la que se aplique, siempre se contará con la familia, participando activamente. Adoptar este enfoque contribuirá a mejorar puntos débiles que todavía hoy presenta la atención temprana en nuestro país.

#### vi. Sesiones

En relación con el número de sesiones directas cuando el niño/a y/o su familia están presentes, o bien sesiones indirectas cuando no lo están, cabe considerar que un mayor número de sesiones no se traduce en mejores resultados. Atendiendo a las recomendaciones actuales, al plantear o proponer una actividad, cabe promover la participación activa del menor y su familia, la completitud de la tarea y su materialización propia en la infancia, como determinantes para el éxito. No se trata de la cantidad de intervención con el terapeuta, sino de la calidad, adecuación, uso y reproducibilidad de esta a posteriori, contando siempre con la participación familiar (Capó-Juan y Callejero-Guillén, 2018; Novak, 2019, 2020). Por tanto, independientemente del entorno, se podría recomendar inicialmente una sesión semanal de atención directa, contando con la familia, hecho que implica un mayor alcance de los resultados. Y así, posteriormente y si se requiere, modificar la intensidad acorde a las valoraciones del centro de atención temprana.

#### vii. Datos sobre pruebas cuantitativas y cualitativas

Podemos encontrar dos situaciones:

- a. Acceso de la familia al centro de atención temprana por derivación tras evaluación desde la administración competente.
  - El centro tendrá información sobre datos personales, diagnósticos ODAT, evaluación técnica, resultados de pruebas, percepción familiar del estado de el/la menor, entre otros datos, según cada caso. Por ello, el centro no parte de cero en lo que se refiere a la valoración técnica y completará mediante una entrevista semiestructurada los datos que sean necesarios.

- b. Acceso de la familia al centro de atención temprana sin ser derivada previa evaluación desde la administración competente.
- La valoración inicial deberá ser más completa recogiendo anamnesis personal y familiar, motivo de consulta, antecedentes, desarrollo psicosocial, información sobre el grado de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria, estilos de crianza, entre otros datos (Montes Lozano, 2013). Además, se aconseja el uso de la ODAT si no se tienen esos diagnósticos previos. Una valoración más completa no debe ser causa de demorar la intervención, ya que pueden aprovecharse las sesiones de valoración para indicar algunas pautas.

Las exploraciones estandarizadas y psicométricas en la evaluación es algo ya conocido y utilizado. También debe recogerse información sobre las necesidades y preocupaciones familiares, bien a través de una entrevista basada en rutinas (Mc Williams, 2016) o cualquier otro tipo de entrevista y escalas o cuestionarios. Ad hoc, la administración de escalas por diferentes perfiles profesionales, una adecuada coordinación entre los componentes del equipo y el avance hacia esa transdisciplinariedad será reflejada (Montes Lozano, 2013). Cabe destacar que el diagnóstico clínico puede demorarse y por ello hay que empezar cuanto antes a trabajar acorde a los diagnósticos ODAT, las necesidades observadas y los resultados de las evaluaciones.

Los resultados obtenidos en las evaluaciones podrán resumirse mediante curvas gráficas o histogramas de desarrollo y función, para que se visualice el estado evolutivo del niño/a, incluso considerando un histórico, acorde a la edad.

#### viii. Análisis sobre debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO)

Una vez obtenidos los resultados del apartado anterior, el análisis DAFO puede ser una herramienta muy útil previa a los objetivos y programación de actividades.

Uno de los principales desafíos que informan los equipos profesionales referentes en el apoyo a las familias es manejar la angustia de los padres y madres y la falta de confianza, y eso genera un impacto negativo en su propio bienestar (Davis *et al.*, 2019). Hay que observar las debilidades y amenazas, así como las fortalezas y oportunidades, y aspectos sobre conductas o aspectos emocionales y de sociabilidad, que manifiesta la familia y el niño/a. De este modo, se recogerán datos muy valiosos que nos van a permitir ser más consecuentes en el diseño y especificación del programa de trabajo.

#### ix. Programación y diseño de las actividades compartidas

El último apartado contiene especificaciones de los programas de trabajo. Aquí, se indican los objetivos generales, marcados por dominios de necesidades en las actividades y rutinas propias de la infancia para promover la participación, la autonomía y las relaciones sociales. Dentro de cada objetivo general, se diseñan objetivos SMART (específicos, medibles, alcanzables, realizables y temporalizados) adaptados según las necesidades detectadas en cada caso. También se contará con las estrategias para conseguir esos objetivos, especificando actividades y acciones con el rol que desempeñan el niño/a, la familia y los/as profesionales. Por tanto, constarán también las recomendaciones y las pautas familiares de seguimiento y acción compartida. El programa deberá incluir la temporalización de los objetivos, así como la evaluación y modos de consecución de los mismos (GAT, 2000). Será fundamental que se cuente con la coordinación de los/as profesionales del centro, así como con las actividades que se realizan con otros/as profesionales externos/as. Finalmente, deberá incluirse un programa de trabajo con algún objetivo SMART para la familia (padre, madre o quien ejerza la tutela).

#### x. Autoría y cierre del documento

Se recomienda que el documento sea redactado por el/la profesional o técnico/a referente del niño/a, también conocido como terapeuta clave. En todo caso, por el/la profesional que en cada momento pueda ayudar más a las familias y a los/as menores.

Para finalizar el PIAT se firmará por el profesional y la familia, a modo de contrato y compromiso de acción.

---

### 3. Consideraciones finales

Según el Libro blanco (GAT, 2000), la intervención se planificará y programará de forma global e individual, con pautas específicas según las necesidades de cada niño/a y familia en las áreas del desarrollo, teniendo en cuenta aportaciones de diferentes profesionales. El momento del alta considerará todos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del niño/a y de su familia. La información recogida será de gran utilidad para los/as profesionales que continuarán trabajando con el niño/a mediante otros servicios (Montes Lozano, 2013).

Los resultados del PIAT deben ser funcionales y estar basados en las necesidades de los niños/as, las familias y sus prioridades identificadas (Adams *et al.*, 2013). La evaluación continuada permite ajustar el programa a las necesidades incluyendo las modificaciones pertinentes (GAT, 2000). Además, las características esenciales de un programa eficaz de apoyo a los padres mejorarán la comunicación, la colaboración, el trabajo en sociedad y la calidad (Munns *et al.*, 2016).

Será un documento vivo, sujeto a las modificaciones pertinentes en función de la necesidad y el planteamiento de objetivos. Además, el hecho que un único documento planifique los objetivos por dominios en diversas áreas facilita el trabajo con las familias. Y a su vez, la familia entiende la importancia y el compromiso de su participación activa.

Así, una propuesta de definición de PIAT podría ser “documento de referencia, compartido por los profesionales de atención temprana, que evalúa y planifica los objetivos y las actividades del niño/a y su familia en relación con la atención temprana”.

Por ende, y con el mismo objetivo que presentan otros/as autores/as (Mallidou *et al.*, 2017) en protocolos sobre competencias, para que se reduzca la brecha entre “lo que se sabe” y “lo que se hace”. Se pretende que la información facilitada, ayude a hacer del PIAT un documento manejable y útil. Y por ello, que cubra todas las expectativas de los profesionales de atención temprana de nuestro país. De hecho, ya que existe una clara necesidad de más capacitación, si se quiere lograr un cambio de paradigma en la atención temprana (Vilaseca *et al.*, 2021), debemos hacer partícipe a la familia para que ese PIAT sea también su guía.



---

## Referencias bibliográficas

- Adams, R. C. *et al.* (2013). Early intervention, IDEA Part C services, and the medical home: Collaboration for best practice and best outcomes. *Pediatrics*, 132(4), e1073–e1088. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2305>.
- Agencia Tributaria (1 de noviembre de 2022). 5. Planes individuales de ahorro sistemático (PIAS). <https://sede.agenciatributaria.gob.es/Sede/ayuda/manuales-videos-folletos/manuales-practicos/irpf-2020/capitulo-5-rendimientos-capital-mobiliario/rendimientos-integrar-base-imponible-ahorro/rendimientos-operaciones-capitalizacion-seguros-vida-invalidez/planes-individuales-ahorro-sistemico.html>.
- Belda, J. C. (2006). La ODAT: una herramienta para la atención temprana. *Informació Psicològica*, 87, 29-37.
- Capó Juan, M. A., y Callejero-Guillén, A. (2018). Necesidad de implantación de un modelo terapéutico en fisioterapia neurológica. *FisioGlía*, 5(2), 24–25.
- Casavilca-Zambrano, S. *et al.* (2019). Epigenética: la relación del medio ambiente con el genoma y su influencia en la salud mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(4), 266-273. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v82i4.3648>.
- Davis, E. *et al.* (2019). A Capacity Building Program to Improve the Self-Efficacy of Key Workers to Support the Well-Being of Parents of a Child with a Disability Accessing an Early Childhood Intervention Service: Protocol for a Stepped-Wedge Design Trial. *JMIR research protocols*, 8(4), e12531. <https://doi.org/10.2196/12531>.
- España. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. *Boletín Oficial del Estado*, 21 de abril de 2008, núm. 96, pp. 20648-20659. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6963>.
- España. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. *Boletín Oficial del Estado*, 31 de diciembre de 1990, núm. 313, pp. 38897-38904. [https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/(1)).
- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de diciembre de 2006, núm. 299.
- España. Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación. *Boletín Oficial del Estado*, 1 de abril de 2022, núm. 99, pp. 43626-43633.
- España. Real Decreto 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado*, 3 de diciembre de 2013, núm. 289.
- Grupo de atención temprana (GAT) (2011). *Libro blanco de la atención temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de atención temprana (GAT) (2004). *Organización diagnóstica para la atención temprana (ODAT)*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Illes Balears. Decreto 85/2010, de 25 de junio, por el cual se regula la red pública y concertada de atención temprana en el ámbito de los servicios sociales de las Islas Baleares. *Boletín Oficial Illes Balears*, 3 de julio de 2010, núm. 99.

- Mallidou, A. A. *et al.* (2017). Protocol of a scoping review on knowledge translation competencies. *Systematic reviews*, 6(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0481-z>.
- Martínez, A. y Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: enfoque desde el Ámbito Familiar. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(2), 33-42. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1905>.
- Martínez-Morga, M. y Martínez, S. (2016). Desarrollo y plasticidad del cerebro [Brain development and plasticity]. *Revista de neurología*, 62 (Supl. 1), 3-8. <https://doi.org/10.33588/rn.62S01.2016019>.
- McWilliams, R. (2016). Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 10(1), 133-153. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782016000100008>.
- Montes Lozano, A. (2013). Los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT): una red de centros y profesionales. *Pediatría Atención Primaria*, 15 (Supl. 23), 21-25. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000300002>.
- Munns, A. *et al.* (2016). Effectiveness and experiences of families and support workers participating in peer-led parenting support programs delivered as home visiting programs: a comprehensive systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 14(10), 167-208. <https://doi.org/10.11124/JBIS-RIR-2016-003166>.
- Novak, I. (25-27 de octubre de 2019). *¿Cuánto es suficiente? I Congreso Internacional de Fisioterapia*. Castilla La Mancha, España. <https://confinlm.org/>.
- Novak, I. (2020). Therapy for children with cerebral palsy: Who, what, and how much? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 62(1), 17. <https://doi.org/10.1111/DMCN.14345>.
- Orcajada Sánchez, N. y García-Sánchez, F. A. (2020). Filtros mentales, coaching y Atención Temprana centrada en la familia. *Educação, Porto Alegre*, 43(1), 1-14. <https://doi.org/10.15448/1981-2582.2020.1.35474>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud, versión para la Infancia y Adolescencia (CIF-IA)*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Pareja, A. (2020). *Simplificando vidas: gestión de la calidad y satisfacción ciudadana con los servicios públicos 2018*. <http://dx.doi.org/10.18235/0002340>.
- Pol, A. (2005). *Secretos de marcas, logotipos y avisos publicitarios: simbolismo gráfico, espacial y cromático*. Dunker.
- Puerto Martínez, E. (2020). Evolución histórica de la Atención temprana. *Aula de Encuentro*, 22(1), 318-337. <https://doi.org/10.17561/ae.v22n1.12>.
- Romero Galisteo, R. P. y Capó Juan, M. A. (2020). Situación de la Atención Temprana en España: análisis de la figura profesional del fisioterapeuta. En *Documento Marco fisioterapia en atención temprana* (pp. 14-26). Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España.
- Schippke, J. *et al.* (2017). Peer support for families of children with complex needs: Development and dissemination of a best practice toolkit. *Child: care, health and development*, 43(6), 823-830. <https://doi.org/10.1111/cch.12494>.
- Vilaseca, R. *et al.* (2021). Early Intervention Services During the COVID-19 Pandemic in Spain: Toward a Model of Family-Centered Practices. *Frontiers in psychology*, 12, 738463. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.738463>.
- Young, D. *et al.* (2021). Understanding key worker experiences at an Australian Early Childhood Intervention Service. *Health & social care in the community*, 29(6), e269-e278. <https://doi.org/10.1111/hsc.13350>.