



Anales de Psicología

ISSN: 0212-9728

servpubl@fcu.um.es

Universidad de Murcia

España

Pérez-López, Julio; Brito, Alfredo G.; Martínez-Fuentes, María Teresa; Díaz-Herrero, Ángela;
Sánchez-Caravaca, Juan; Fernández-Rego, F.J.; Casbas-Gómez, Isabel
Las escalas Bayley BSID-I frente a BSID-II como instrumento de evaluación en Atención Temprana
Anales de Psicología, vol. 28, núm. 2, mayo, 2012, pp. 484-489
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135019>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Las escalas Bayley BSID-I frente a BSID-II como instrumento de evaluación en Atención Temprana

Julio Pérez-López*, Alfredo G. Brito, María Teresa Martínez-Fuentes, Ángela Díaz-Herrero,
Juan Sánchez-Caravaca, F.J. Fernández-Rego. e Isabel Casbas-Gómez

Grupo de Investigación en Atención Temprana. Universidad de Murcia (España)

Resumen: El objetivo del presente trabajo fue comprobar si las valoraciones del desarrollo mediante la versión de las escalas Bayley del desarrollo infantil (BSID-I, 1977) sobreestiman las capacidades de niños nacidos a término y prematuros, en comparación con las que obtendrían aplicando una versión más reciente de dichas escalas (BSID-II, 1993). 83 niños tomaron parte en este estudio, 68 nacidos a término (39 niños y 29 niñas) y 15 niños (9 niños y 6 niñas) con menos de 36 semanas de gestación y/o menos de 2500 gramos. Cada niño nacido a término fue evaluado en dos edades diferentes (6 y 12 meses de edad cronológica), mientras los niños prematuros fueron evaluados al alcanzar la edad corregida de 6 meses. Los resultados indican que el uso de las escalas BSID-I sobrevalora las capacidades de los niños y sugieren utilizar instrumentos de evaluación más sensibles a los procesos de cambio y desarrollo de los niños.

Palabras clave: escalas Bayley; atención temprana; evaluación; infancia.

Title: BSID-I Bayley Scales versus BSID-II as an assessment tool in early intervention.

Abstract: This study aimed to test whether developmental assessment using the version of the Bayley's Scales of Infant Development (BSID-I, 1977) overestimated the capabilities of infants born at term and preterm, compared with those obtained by applying a most recent version of these scales (BSID-II, 1993). 83 children participated in this study, 68 term infants (39 boys and 29 girls) and 15 preterm infants (9 boys and 6 girls) with less than 36 weeks gestation and/or less than 2500 grams of weight. The infants born at term were evaluated at two different ages (6 and 12 months of chronological age), while preterm infants were assessed at 6 months of age corrected. The results indicate that the use of scales BSID-I overestimated the abilities of children and suggest using more sensitive assessment tools to the processes of change and development of infants.

Key words: Bayley's scales; early intervention; assessment; infancy.

Introducción

Actualmente, en la evaluación infantil y en atención temprana, se demandan instrumentos que sean óptimos para la recolección de datos sistemáticos y representativos (Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escobar, Maldonado y Muñoz, 2009); en consecuencia, lo que se pretende es disponer de pruebas que sean lo suficientemente sensibles y utilizarlas para detectar dentro la población infantil grupos de riesgo que sean susceptibles de recibir atención temprana.

La evaluación en la infancia y en la niñez temprana es un proceso que se encuentra en plena transformación, puesto que los procedimientos tradicionales, basados generalmente en los modelos psicométricos, han demostrado ser insuficientes y por tanto han quedado obsoletos (Bravo y Fernández, 2000). Esto adquiere especial relevancia en la evaluación en atención temprana, donde el proceso de valoración infantil sigue nuevas directrices que permitan disponer de instrumentos que se ajusten cada vez mejor a las poblaciones de riesgo o con patologías establecidas (Buceta, Pérez-López y Brito, 2004).

En este sentido, Costas (2003) destaca que los objetivos de la evaluación infantil deben consistir en detectar si el niño se comporta, reacciona y se relaciona según los parámetros considerados "normales". Es decir, de acuerdo con lo que se espera que haga en función de su edad y condiciones socioculturales. Pero también se deben analizar y describir de forma adecuada los puntos fuertes y los puntos débiles del niño, así como los de sus entornos más inmediatos con el fin de dirigir la intervención más adecuada.

Por tanto, debemos ser conscientes, al menos en atención temprana, de que lo que realmente debe importarnos no es tanto la obtención de una cifra determinada, sino conocer las características generales del niño y los puntos fuertes y débiles del niño, su familia y sus contextos de desarrollo, para poder ajustar el programa de intervención a las necesidades reales del niño y a las de su familia.

Sabemos que la evaluación en atención temprana es complicada, y que llegar a establecer un diagnóstico claro de un problema lo es todavía más. Pero no olvidemos que ese proceso diagnóstico, por sí mismo, supone una parte importante de su solución, y nos sirve, además, tanto para situarlo en sus justos límites, como para permitir el uso de unas adecuadas herramientas y procedimientos de intervención posteriores. Esta afirmación todavía es más fundamental cuando nos referimos a la evaluación de los niños en sus primeros años de vida (Sánchez-Caravaca y Pérez-López, 2004).

Por otro lado, y como se destaca en la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (GAT, 2004) "el proceso diagnóstico en la atención temprana es una tarea compleja, que requiere del concurso de profesionales de diversos campos y especialidades, con el que se pretende determinar las causas que originan o pueden originar trastornos en el desarrollo infantil" (p. 5). Pero como señala Guralnick (2000), esta evaluación debe ser clínica e interdisciplinar, por ser el proceso más apropiado para estos niños y sus familias.

Con estos antecedentes, actualmente, en la evaluación infantil y en atención temprana se produce una demanda de instrumentos que sean óptimos para la recolección de datos sistemáticos y representativos; por tanto, hay que encaminarse hacia pruebas que sean lo suficientemente sensibles como para detectar grupos de riesgo dentro la población infantil que sean susceptibles de recibir atención temprana.

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Julio Pérez-López. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Campus de Espinardo. 30100 Murcia (España). E-mail: juliopl@um.es

En el momento de su primera publicación, en 1969, las Escalas de Evaluación del Desarrollo Infantil –BSID-I, de Nancy Bayley (1977, la versión en castellano), se constituyó como el mejor ejemplo y la más amplia revisión de las habilidades motoras y mentales de niños entre los 2 y los 30 meses de edad. Estas escalas están basadas en pruebas afines a la de Gesell (1925), y orientadas a la clasificación del nivel de desarrollo de los niños a lo largo de su curso evolutivo en las diversas edades. Los ítems de la prueba están dispuestos en una secuencia ordinal de dificultad creciente, representando la maduración de las habilidades cognitivas y motoras durante el desarrollo de los niños. Las puntuaciones brutas pueden convertirse en puntuaciones estandarizadas proporcionando índices de desarrollo tanto en la escala mental como en la psicomotora. Esto permite una valoración del desarrollo infantil tomando como referente el comportamiento esperado en niños de la misma edad (Pérez-López et al., 2006).

En 1993 se realiza una revisión de la BSID-I dado que a lo largo de los años se notó un aumento creciente en las puntuaciones de hasta 11 puntos en la Escala Mental y 10 en la Psicomotora (véase Black y Matula, 2000). Este aumento se atribuye a las mejoras generales que se han dado en la calidad de vida en los últimos años (nutrición, condiciones ambientales, etc.), al igual que a nuestra mayor comprensión de los determinantes del desarrollo temprano.

Esta nueva versión de las Escalas Bayley (BSID-II) de 1993, que evaluaba el desarrollo de los niños de 1 a 42 meses de edad, generó distintas controversias entre los investigadores. Por un lado, los trabajos de Goldstein, Fogle, Wieber y Oshea (1995), Tasbihsazan, Nettelbeck y Kirby (1997), Glenn, Cunningham y Dayus (2001), Pérez-López et al (2006) resaltaron el acierto y la necesidad de esta revisión. Por otro lado, los trabajos de Gagnon y Nagle (2000) señalaron esta revisión como una mayor restrictividad que conlleva a evaluar a niños como falsos positivos en comparación con la BSID-I.

No obstante, este tipo de trabajos raramente se ha efectuado con poblaciones infantiles que requieren servicios de atención temprana. Así pues, debido a la relevancia del tema en cuestión y ante la falta de investigaciones comparativas entre ambos tipos de pruebas en poblaciones con discapacidad o en riesgo de padecerla ya sea en la sociedad española e incluso en países de habla hispana en general, el objetivo de este trabajo consiste en efectuar una comparación, en población española, entre las dos versiones de las escalas Bayley (BSID-I frente a BSID-II) aplicadas a una muestra de niños nacidos a término y otra de niños de riesgo biológico (prematuros). La finalidad radica en tratar de confirmar si la segunda edición revisada es más sensible para detectar las fortalezas y debilidades de la población infantil sobre la que es aplicable, y de esta forma, poder ratificar su mayor utilidad como instrumento para la valoración del curso del desarrollo infantil, frente a la primera versión de la misma escala.

Concretamente, el objeto del presente trabajo consiste, por un lado, en tratar de comprobar si las Escalas Mental y Psicomotora de las Escalas Bayley del Desarrollo Infantil

(BSID-I) (Bayley, 1977) sobrevaloran el desarrollo de los niños a los 6 meses de edad (corregida en el caso de los niños prematuros y cronológica en nacidos a término), comparados con la evaluación realizada mediante las mismas escalas de la 2ª Edición, (BSID-II) (Bayley, 1993) tanto en población de riesgo biológico como normal; y por otro lado, si sobrevaloran el desarrollo de los niños de población normal cuando se les compara a los 6 y 12 meses de edad cronológica.

Método

Participantes

Los participantes en este estudio fueron un total de 83 sujetos distribuidos en dos grupos. El primer grupo estaba compuesto por una muestra de 68 niños nacidos a término (39 niños y 29 niñas), con peso y talla dentro de los rangos establecidos como normales y que no presentaron ningún tipo de problema pre, peri ni postnatal. El segundo grupo estaba constituido por una muestra de 15 niños (9 niños y 6 niñas) que habían nacido demasiado pronto y/o demasiado pequeños, es decir, con menos de 36 semanas de gestación y/o menos de 2500 gramos.

Procedimiento

Los participantes en la muestra de niños y niñas nacidos a término fueron seleccionados entre los asistentes a las clases de preparación al parto en distintos centros de Salud pertenecientes al municipio de Murcia, siendo voluntaria la participación de todos ellos en la presente investigación. Los componentes de la muestra de niños nacidos prematuros provenían de aquellos que asistían al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) de Lorca (Murcia, España). Todos los padres y madres firmaron el consentimiento informado y conocían las condiciones de la evaluación de sus hijos.

La evaluación de los niños nacidos a término tuvo lugar en el Servicio de Apoyo a la Investigación (SAI) de la Universidad de Murcia donde se dispone de unos espacios especialmente adaptados para la realización de las evaluaciones infantiles (Servicio de Prevención, Promoción del Desarrollo Infantil y Atención Temprana). Todos ellos fueron evaluados cuando alcanzaron las edades cronológicas de 6 y 12 meses. La evaluación de los niños prematuros se efectuó en el CDIAT de Lorca cuando alcanzaron la edad corregida de 6 meses. En ambas muestras se utilizó la escala BSID-II, y se efectuó una adaptación para poder obtener las puntuaciones correspondientes a la BSID-I.

Instrumentos

La BSID fue publicada originalmente en 1969, siendo posteriormente revisada en 1993, habiendo entre ambas algunas diferencias. Entre ellas cabe destacar la expansión en la versión segunda del rango de edad que llegaba hasta los 42

meses, frente a los 30 de la original. Así mismo incorporaba mejoras como las concernientes a la cobertura de contenidos, utilizando ítems con base en la investigación y con valor predictivo demostrado, introdujeron estudios de fiabilidad y validez y aun manteniendo la estructura primaria y el propósito original de la BSID, el contenido de los ítems y el cubrimiento de la escalas fue enriquecido en la BSID-II, especialmente en la escala motora. Ambas escalas (BSID-I y BSID-II) evalúan 3 partes complementarias del desarrollo del niño y cada una contribuye a la evaluación completa del niño (véase Bayley 1977, 1993).

La Escala Mental consta de 163 elementos en la BSID-I y de 178 elementos en la BSID-II y evalúa, en ambos casos las capacidades de memoria, habituación, solución de problemas, concepto de número, capacidad de generalización, clasificación, vocalizaciones, lenguaje y habilidades sociales.

Los resultados de la Escala Mental se expresan en puntuaciones típicas o Índices de Desarrollo Mental que presentan una media de 100, en ambos casos, y unas desviaciones típicas de 16 y 15 respectivamente.

La *Escala Psicomotora* consta de 81 elementos en la BSID-I y de 111 elementos en la BSID-II, en ambas escalas se valora el control de los grupos musculares gruesos y finos; incluyendo movimientos como rodar, gatear y arrastrarse, sentarse, ponerse de pie, caminar, correr, saltar. También se incluyen manipulaciones motoras finas implicadas en la prensión, uso adaptativo de los útiles de escritura e imitaciones de los movimientos de la mano.

Los resultados también se expresan en puntuaciones típicas o Índices de Desarrollo Psicomotriz con una puntuación media de 100, en ambos casos, y unas desviaciones típicas de 16 y 15 respectivamente.

El tercer componente es la *Escala de valoración de la conducta* del niño. Ésta evalúa aspectos cualitativos de la conducta del niño durante la realización del test. Valorando la atención/activación del niño (para menores de 6 meses), orientación/relación hacia las tareas, examinador y cuidador, regu-

lación emocional y calidad del movimiento. No obstante, este componente no fue objeto de interés para este trabajo.

Los índices de fiabilidad de cada una de las pruebas son, en el caso de la BSID-I, para la escala mental de un valor medio de .88 y para la escala psicomotora de .84, mientras en el caso de la BSID-II, fueron respectivamente de .87 para la escala mental y de .78 para la escala psicomotora.

Resultados

Todos los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico informatizado SPSS versión 11 (Pardo y Ruiz, 2002). En la Tabla 1 aparecen los datos descriptivos de medias y desviaciones típicas obtenidas con cada Escala y sub-escala y para cada uno de los grupos muestrales.

Para comprobar el primer objetivo del trabajo, se efectuaron pruebas t de Student de diferencias de medias para muestras relacionadas con las puntuaciones obtenidas en cada versión del test (BSID-I y BSID-II) por cada una de las muestras en cada tipo de escala (mental y psicomotora). El análisis de los datos indicó la existencia de diferencias significativas en todas la comparaciones efectuadas (véase Tabla 2 y Figura 1). Es decir, la BSID-I valora en exceso las actuaciones de los niños, lo que les proporciona una mayor puntuación en los índices de desarrollo mental y psicomotor.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos correspondientes a la muestra de niños nacidos a término y pretérmino cuando alcanzaron las edades de 6 meses.

	Grupo	Escala	Media	DT
Índice de Desarrollo Mental	Nacidos a término	BSID I	129.62	16.19
	Nacidos a término	BSID II	106.29	8.96
	Nacidos pretérmino	BSID I	85.20	13.74
	Nacidos pretérmino	BSID II	75.33	13.54
Índice de Desarrollo Psicomotor	Nacidos a término	BSID I	114.21	11.82
	Nacidos a término	BSID II	90.28	15.06
	Nacidos pretérmino	BSID I	93.40	16.08
	Nacidos pretérmino	BSID II	74.20	14.30

Número de sujetos nacidos a término = 68

Número de sujetos nacidos pretérmino = 15

Tabla 2. Prueba de diferencia de medias, t de Student, para muestras relacionadas.

			Diferencias relacionadas				
	Grupo	Escala	Media	DT	Error típico de la media	t	p
Índice de Desarrollo Mental	Nacidos a término	BSID I	23.324	9.777	1.186	19.671	.000
		vs.					
	Nacidos pretérmino	BSID II	9.87	4.24	1.095	9.012	.000
		vs.					
		BSID II					
			Diferencias relacionadas				
	Grupo	Escala	Media	DT	Error típico de la media	t	Significación
Índice de Desarrollo Psicomotor	Nacidos a término	BSID I	23.926	9.846	1.194	20.040	.000
		vs.					
	Nacidos pretérmino	BSID II	19.20	7.203	1.859	10.323	.000
		vs.					
		BSID II					

Grados de libertad en nacidos a término = 67; Grados de libertad en nacidos pretérmino = 14; DT: Desviación Típica

Ante estos resultados, y con el fin de saber si la sobrealoración de la BSID-I podía tener alguna incidencia desde el

punto de vista de la interpretación clínica de la prueba, es decir, si de acuerdo con las puntuaciones obtenidas los niños

tendrían necesidad de ser asignados a tratamiento, decidimos utilizar el criterio de interpretación propuesto por la autora de la prueba (Bayley, 1977, 1993). Los valores comprendidos entre la media más/menos una desviación típica indica el intervalo de normalidad; y los que se encuentran más allá de la media más/menos dos desviaciones típicas indican necesidad de intervención por déficit en el desarrollo, en el primer caso, o por altas capacidades en el segundo. Dado que nuestro trabajo se sitúa en el ámbito de la atención temprana, y que uno de sus propósitos es anticipar cualquier déficit o detectarlo lo antes posible, utilizaremos como criterio la media más/menos una desviación típica y media. Esto supone que tendrán interpretación clínica todos los índices de desarrollo cuyos valores sean superiores a 124 o inferiores a 76. Para obtener estos datos, realizamos un cálculo de frecuencias y porcentajes acumulados de las puntuaciones obtenidas en los índices de desarrollo mental y psicomotor de cada una de las

muestras. Los resultados obtenidos se exponen en la Tabla 3.

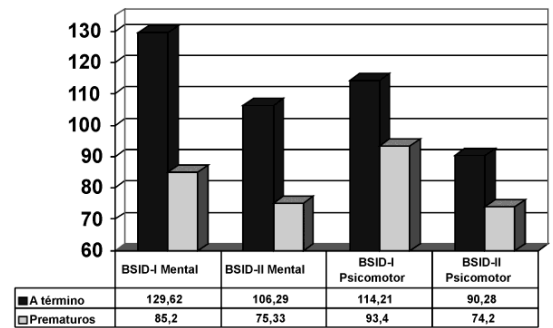


Figura 1. Puntuaciones medias de los índices de desarrollo para cada muestra y en cada una de las escalas.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes acumulados de los índices de desarrollo mental y psicomotor en niños nacidos a término y prematuros.

		Índices de Desarrollo							
		Puntuaciones superiores a 124				Puntuaciones inferiores a 76			
		Nacidos a Término		Prematuros		Nacidos a Término		Prematuros	
		Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
Escala Mental	BSID-I	49	72.2	0	0	0	0	4	26.0
	BSID-II	0	0.0	0	0	0	0	7	46.7
Escala Psicomotora	BSID-I	22	32.4	0	0	0	0	2	13.3
	BSID-II	2	3.0	0	0	15	22.1	8	53.3

Como podemos observar, la aplicación y utilización de la versión BSID-I podría provocar que, en el grupo de nacidos a término, consideráramos como niños de altas capacidades a más del 70% de los niños evaluados, porcentaje que es muy poco probable que se encuentre en una población normal. En cambio, en la población de niños prematuros, podrían pasar desapercibidos muchos niños que necesitarían los servicios de atención temprana.

Para comprobar el segundo objetivo, se efectuaron pruebas de diferencias de medias para muestras relacionadas entre las puntuaciones obtenidas mediante cada versión del test (BSID-I y BSID-II) en los dos momentos de medida (6 y 12 meses) y en cada tipo de escala (mental y psicomotora). El análisis de los datos indicó la existencia de diferencias

significativas en todas las comparaciones efectuadas, como se aprecia en las Tablas 4 y 5, y las Figuras 2 y 3.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de los índices de desarrollo mental y psicomotor de la muestra de niños nacidos a término a las edades de 6 y 12 meses.

	Edad	Escala	Media	DT
Índice de Desarrollo Mental	6 meses	BSID I	129.62	16.185
		BSID II	106.29	8.959
	12 meses	BSID I	115.40	13.057
		BSID II	103.59	10.331
Índice de Desarrollo Psicomotor	6 meses	BSID I	114.21	11.824
		BSID II	90.28	15.058
	12 meses	BSID I	109.65	18.324
		BSID II	99.49	16.630

Número de sujetos = 68; DT: Desviación Típica

Tabla 5. Prueba de diferencia de medias para muestras relacionadas

			Diferencias relacionadas				
	Edad	Escala	Media	DT	Error típico de la media	t	p (bilateral)
Índice de Desarrollo Mental	6 meses	BSID I vs. BSID II	23.324	9.777	1.186	19.671	.000
	12 meses	BSID I vs. BSID II	11.809	7.880	0.956	12.357	.000
Índice de Desarrollo Psicomotor	6 meses	BSID I vs. BSID II	23.926	9.846	1.194	20.040	.000
	12 meses	BSID I vs. BSID II	10.162	9.020	1.094	9.290	.000

Grados de libertad = 67; DT: Desviación Típica

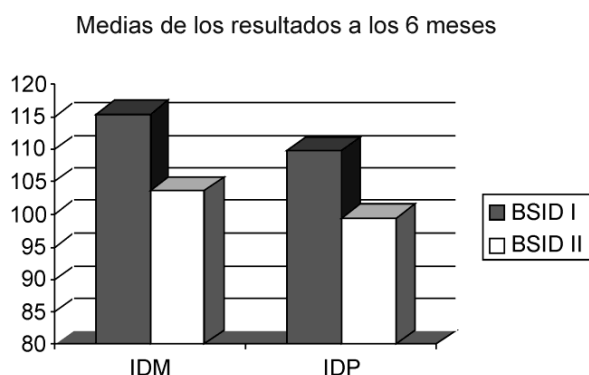


Figura 2. Medias de los índices de desarrollo Mental y Psicomotor obtenidas por los niños nacidos a término a los 6 meses de edad.

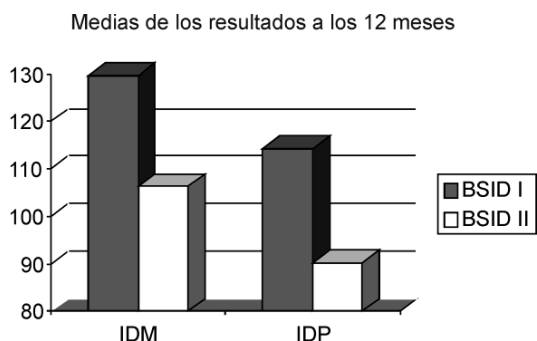


Figura 3. Medias de los índices de desarrollo Mental y Psicomotor obtenidos por los niños nacidos a término a los 12 meses de edad.

Discusión - conclusiones

Nuestros resultados nos permiten comprobar que las Escalas BSID-I (1977), tanto la mental como la psicomotora, sobrevaloran en exceso las actuaciones de los niños cuando las comparamos con las obtenidas mediante la Escala BSID-II (1993). Concretamente, en la muestra de niños nacidos a término, las puntuaciones medias obtenidas, tanto en la escala mental como en la psicomotora, con la aplicación de primera edición de las escalas, superan en 23 puntos las puntuaciones obtenidas con la BSID-II; mientras que en la muestra de niños prematuros, estas diferencias se concretan en 9.87 puntos en la escala mental y 19.2 puntos en la escala psicomotora, favoreciendo siempre a la BSID-I sobre la BSID-II.

En la muestra de niños de población general, a los 12 meses, estas diferencias se concretan en 11 puntos en la escala mental y 10 puntos en la escala psicomotora, siempre a favor de la BSID-I sobre la BSID-II.

Al interpretar estos resultados coincidimos y apoyamos los obtenidos en los trabajos de Goldstein et al. (1995), Tasbihsazan et al. (1997), Glenn et al. (2001) y Pérez-López et al. (2006),

en cuanto al acierto y la necesidad de revisar la escala original. Sin embargo, no se muestran en consonancia con el argumento defendido en el trabajo de Gagnon y Nagle (2000), según el cual, la segunda edición de las Escalas Bayley es excesivamente restrictiva y puede detectar, como falsos positivos, a niños que no precisan intervención temprana.

Si lo analizamos en función de nuestros resultados, como se puede apreciar en la tabla de frecuencias y porcentajes acumulados del grupo de niños nacidos a término, observamos que un 22% de los niños sería susceptible de intervención a nivel motor, puesto que obtienen un índice de desarrollo inferior a 76. Este dato podría ser preocupante, y estaría apoyando la conclusión del trabajo de Gagnon y Nagle (2000). No obstante, como destacan Pérez-López et al. (2006), desde el punto de vista de la atención temprana es preferible detectar falsos positivos que falsos negativos. Puesto que si se detecta niños que precisan intervención sin que realmente la necesiten, esa actuación con ellos no les perjudicaría sino que, en todo caso, contribuiría a favorecer más su desarrollo normal.

En cambio, si se persistiera en el uso de las Escalas BSID-I podemos obtener falsos negativos, lo que podría suponer cuando menos un retraso en la intervención con niños que tendrían o podrían tener algún tipo de alteración en el desarrollo. Y precisamente es éste uno de los puntos que trata de combatir la atención temprana, uno de cuyos principios establece que se debe comenzar la intervención lo antes posible. En efecto, si observamos los resultados obtenidos mediante las frecuencias y porcentajes acumulados, una vez aplicado el criterio clínico de interpretación en la muestra de niños prematuros, podemos apreciar que los porcentajes de niños detectados como susceptibles de intervención desde el ámbito de la atención temprana, tanto a nivel mental como psicomotor, son muy inferiores cuando se emplean los datos obtenidos con la BSID-I sobre todo si los comparamos con los que se alcanzan mediante la BSID-II. Si esto se llevará a la práctica, algunos niños se verían abocados a recibir, quizás demasiado tarde, el programa de intervención necesario desde la atención temprana. No obstante, también es cierto que si nos centramos en los resultados obtenidos tras la aplicación de la BSID-II pudiera haber algún falso positivo, pero como se ha indicado con anterioridad, siempre será preferible poder llegar a rectificar en este sentido que en el contrario, porque sería muy probable que en una siguiente evaluación se remediara esta situación.

En definitiva, si pensamos que los profesionales de la atención temprana deben utilizar instrumentos de evaluación cada vez más sensibles a los procesos de cambio y desarrollo de los niños, que detecten con mayor precisión los casos susceptibles de necesitar programas de intervención, deben plantearse abandonar el uso de las Escalas BSID-I y sustituirlas por la BSID-II, puesto que de seguir utilizando esa primera versión podríamos estar colaborando a enmascarar muchos resultados negativos y, en consecuencia, perjudicar a los niños y sus familias, al provocar que los procesos de intervención, en el mejor de los casos, comenzaran más tarde de lo que sería deseable.

Referencias

- Bayley, N. (1969/1977). *Escalas Bayley de Desarrollo Infantil. BSID*. Madrid: TEA.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development. Second Edition (BSID-II)*. San Antonio: Hartcourt Brace & Company.
- Black, M. M. y Matula, K. (2000). *Essentials of Bayley Scales of Infant Development-II Assessment*. New York: John Wiley.
- Bravo, A. y Fernández, J. (2000). La evaluación convencional frente a los nuevos modelos de evaluación auténtica. *Psicothema*, 12(2), 95-99.
- Buceta, M. J., Pérez-López, J. y Brito, A. G. (2004). Evaluación y pruebas de evaluación infantil aplicadas a la atención temprana. En J. Pérez-López y A. G. Brito (Comps.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 135-154). Madrid: Pirámide.
- Costas, C. (2003). *Avaluació psicològica del desenvolupament infantil. Des del naixement fins als sis anys*. Barcelona: UAB. Servei de Publicacions.
- Gagnon, S. G. y Nagle, R. J. (2000). Comparison of the revised and original versions of the Bayley Scales of Infant Development. *School Psychology International*, 21, 293-305.
- Gessell, A. (1925). *The mental growth of the preschool child*. New York: Macmillan.
- Glenn, S. M., Cunningham, C. C. y Dayus, B. (2001). Comparison of the 1969 and 1993 standardizations of the Bayley Mental Scales of Infant Development for infants with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 56-62.
- Goldstein, D. J., Fogle, E. E., Wieber, J. L. y O'Shea, T. M. (1995). Comparison of the Bayley Scales of Infant Development-Second Edition and the Bayley Scales of Infant Development with premature infants. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 13, 391-396.
- Grupo Atención Temprana (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Guralnick, M. J. (2000). Interdisciplinary team assessment for young children: purposes and processes. En M. J. Guralnick (Ed), *Interdisciplinary clinical assessment of young children with developmental disabilities* (pp. 3-15). Baltimore: Paul Brookes Publishing Co.
- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Pérez-López, J., Díaz-Herrero, A., Brito, A. G., Martínez-Fuentes, M. T., Sánchez-Caravaca, J., Alarcón, M. D., Andreu, L., Cuevas, E., Mármol, J., Perea, L. P. y Bolsanello, M. A. (2006). Instrumentos de evaluación y Atención Temprana: Un análisis comparativo de la BSID-I frente a la BSID-II. En J. D. Uriarte y P. Martín-González (Comps.), *Necesidades Educativas Especiales, Contextos Desfavorecidos y Apoyo Social*. (pp. 247-255). Badajoz: Psicoex.
- Sánchez-Caravaca, J. y Pérez-López, J. (2004). Evaluación e intervención en atención temprana: una propuesta sobre el uso cualitativo y contextual de los instrumentos. *Revista de Atención Temprana*, 7(2), 71-77.
- Tasbihsazan, R., Nettellbeck, T. y Kirby, N. (1997). Increasing Mental Development Index in Australian children: A comparative study of two versions of the Bayley Mental Scale. *Australian Psychologist*, 32, 120-125.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández-Baena, F. J., Escobar, M. Maldonado, E. F. y Muñoz, A. M. (2009). Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estrés Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21(4), 598-603.

(Artículo recibido: 06-07-2011, revisado: 02-12-2011, aceptado: 24-01-2012)