PEDIATRÍA EN RED 8

Salud del niño, niña y adolescente con perspectiva de derechos y énfasis en la Pediatría Social

Juan Alberto José Reichenbach

Red Pediátrica / Red SaNNA

Una herramienta de la innovación curricular editorial de grado y post grado

ESCUELA DE GOBIERNO EN SALUD FLOREAL FERRARA

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Reichenbach, Juan Alberto José

Pediatría en red 8 : salud del niño, niña y adolescente con perspectiva de derechos y énfasis en la Pediatría Social / Juan Alberto José Reichenbach. - 1a ed - La Plata : Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-91985-0-8

1. Pediatría. I. Título.

CDD 618.92

Primera edición, 2026

ISBN 978-631-91985-0-8

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons BY-NC-SA (Atribución-No Comercial-Compartir igual) 2.5 Argentina

https://redsanna.org/

ISBN 978-631-91985-0-8

9 786319 198508

Director y autor

Juan Alberto José REICHENBACH

Coautoras y coautores

Juan Pedro ALCONADA MAGLIANO
María Gabriela BONTÁ
Mónica Elba BORILE
Javier CABANA
María Susana ORTALE

Prologuistas

Oscar Gilberto GÓMEZ DUARTE
Gustavo MARIN
Luisa María MEDRANO ROJAS
Jordi SALAS-SALVADÓ
Verónica SCHIARITI

ESCUELA DE GOBIERNO EN SALUD FLOREAL FERRARA

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

06

Detección temprana de dificultad en el desarrollo del lenguaje oral y riesgo de aprendizaje de lectura: herramientas de tamizaje para el control pediátrico

Por Sandra E. Marder[1], Mariela Resches[2], María del Rosario Borús[1], Liliana Fonseca[3] y Agustina Vericat[4]

1 Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil, Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires, Argentina

2 Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina

3 Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad de San Martín, Argentina

4 Unidad de Investigación Clínica, Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas Prof. Dr. Fernando E. Viteri, Hospital Especializado en Pediatría Sor María Ludovica de La Plata, Argentina

Introducción

En el campo del desarrollo infantil temprano, diversos estudios han señalado que una proporción significativa de niños y niñas presenta riesgo de retraso en una o más áreas, particularmente aquellos afectados por desigualdades sociales y educativas. Dentro de este panorama, el lenguaje se ha identificado de manera consistente como una de las dimensiones más sensibles a dichas condiciones y al mismo tiempo, como la más permeable a la influencia del entorno.[1,2] Así lo confirma un estudio realizado con 728 niños y niñas de nivel inicial en el Gran La Plata, revelando que el lenguaje oral es el área de desarrollo con mayor proporción de riesgo 33,8%, por encima de las dimensiones motora y socioemocional.[2]

Estos datos apuntan a la necesidad de vigilancia integral del desarrollo infantil y del lenguaje temprano en particular. Sin embargo, es importante destacar que dicha necesidad se inscribe en un contexto de creciente presión sobre el sistema de salud.

En Argentina, diversas fuentes registran un déficit sostenido de profesionales especializados, en particular fonoaudiólogos. Por ejemplo, según datos de la Federación Argentina de Fonoaudiólogos, la provincia de Buenos Aires contaba con 5.351 profesionales matriculados en 2021 y solo 4.325 en 2023, una caída de más de 1.000 fonoaudiólogos en dos años.[3] Ninguna provincia alcanza el estándar recomendado de 1 fonoaudiólogo cada 1.500-2.000 habitantes, Buenos Aires es la mejor posicionada con 1 cada 3.881.[3] La brecha salarial respecto al sector privado y la migración profesional hacia otros ámbitos o países contribuyen a que numerosos cargos hospitalarios permanezcan vacantes o cubiertos de manera interina.[4] Esta carencia se traduce en extensas listas de espera en los servicios de fonoaudiología, psicopedagogía, neuropediatría y neurología infantil de los hospitales públicos provinciales. Según informes del Observatorio de Psicología Social Aplicada (OPSA),[5] esta brecha entre demanda y capacidad de respuesta del sistema impacta especialmente en áreas urbanas como el Conurbano Bonaerense, y opera como un amplificador de las desigualdades en el desarrollo infantil.

En este escenario, el rol del pediatra adquiere una relevancia que excede el abordaje clínico: es también una herramienta de equidad sanitaria. Con este propósito, se torna necesario fortalecer estrategias de detección temprana para el desarrollo del lenguaje oral y escrito mediante el uso de herramientas de tamizaje fiables y de alto poder predictivo. Estas herramientas deben ser ágiles, sensibles a las variaciones del desarrollo en edades tempranas y plausibles de ser aplicadas por personal no especializado. Asimismo, resulta fundamental avanzar en la elaboración y validación de instrumentos contextualizados, que contemplen las particularidades lingüísticas y socioculturales de la región a la que se destinan (por ejemplo: inclusión de palabras frecuentes y propias de una variedad dialectal en una prueba de vocabulario).

El presente capítulo tiene por objeto reflexionar sobre la importancia de la evaluación del desarrollo infantil en el ámbito pediátrico, en particular del lenguaje oral y sus implicancias para el aprendizaje de la lectura, y presentar algunas de las herramientas de tamizaje disponibles y otras en elaboración en el contexto argentino.

En el primer apartado se aborda el concepto de vigilancia del desarrollo y su implementación en el sistema de salud. En el segundo, se analizan las dificultades en el desarrollo del lenguaje oral, sus implicancias y las herramientas disponibles para su detección. En el tercero, se presenta el vínculo entre lenguaje oral y aprendizaje de la lectura, junto con el desarrollo de un instrumento de tamizaje de habilidades prelectoras. Finalmente, en el cuarto apartado se examinan las dificultades en el aprendizaje de la lectura y las herramientas para su evaluación. En todos ellos se incluyen pautas de alarma relevantes que puedan observarse en la práctica pediátrica.

La vigilancia del desarrollo infantil en pediatría

El desarrollo psicológico infantil es un proceso de cambio multidimensional mediante el cual niños y niñas construyen progresivamente formas más complejas de pensamiento, conducta, regulación e interacción social, en estrecha relación con los contextos socioculturales en los que participan. Involucra, por lo tanto, la articulación de procesos biológicos, cognitivos, lingüísticos, socioemocionales y de socialización.

Debido a la confluencia y diversidad de los factores que determinan el curso del desarrollo, la vigilancia de este constituye un componente esencial de la atención integral a las infancias, siendo considerada una estrategia

central de salud pública por organismos internacionales y sociedades científicas nacionales. Dicha vigilancia implica un proceso continuo, flexible y longitudinal de observación, detección precoz y seguimiento del desarrollo infantil, integrado a la atención primaria de la salud (APS).[6] La Organización Mundial de la Salud establece que el desarrollo en la primera infancia debe ser monitoreado sistemáticamente debido a la alta plasticidad cerebral y la vulnerabilidad a factores biológicos y ambientales, recomendando intervenciones tempranas como eje para mejorar el pronóstico funcional.[7] La Organización Panamericana de la Salud, por su parte, enfatiza la integración de la vigilancia del desarrollo en los sistemas de APS de América Latina, con especial atención a poblaciones vulnerables y contextos de inequidad.[8] En consonancia, UNICEF promueve el enfoque de "cuidado cariñoso y sensible" (nurturing care), que incluye la vigilancia del desarrollo como parte de estrategias intersectoriales en salud, educación y protección social .[9]

Las normativas internacionales destacan el carácter interdisciplinario de este proceso de vigilancia, incluyendo a profesionales como neurólogos, psicólogos, fonoaudiólogos, terapistas ocupacionales, docentes y trabajadores sociales.[9] Incluso, se reconoce a los cuidadores primarios como actores clave, dado que sus observaciones y preocupaciones poseen alta sensibilidad para la detección de alteraciones del desarrollo.[6]

En el ámbito nacional, la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) establece que la vigilancia del desarrollo debe formar parte del control del niño sano, constituyendo una práctica sistemática en cada consulta pediátrica. Esta vigilancia implica la evaluación continua de hitos del desarrollo y la identificación de factores de riesgo a través de la utilización de herramientas de pesquisa estandarizadas en momentos clave (por ejemplo, a los 18 y 36 meses) y/o ante la presencia de signos de alarma o preocupaciones parentales.[6]

En cuanto a los contextos de implementación, sería deseable que este seguimiento pueda instrumentarse también desde otros ámbitos, como jardines maternales, escuelas, programas comunitarios y dispositivos de atención temprana, especialmente en contextos de riesgo social o biológico.[8,9] La integración intersectorial es clave, ya que el desarrollo infantil está influido por determinantes sociales amplios, incluyendo pobreza, acceso a educación y calidad del entorno familiar.[7,8]

Cabe destacar que, si bien puede haber muchos actores involucrados, el pediatra ocupa un rol central para las familias, en tanto es un referente que acompaña el desarrollo del niño a lo largo de su infancia, siendo responsable de la vigilancia clínica, la detección precoz y la coordinación del cuidado.[6]

Ahora bien, *¿de qué modo se lleva adelante esta vigilancia?* En Argentina, la evaluación del desarrollo infantil en el ámbito pediátrico cuenta con instrumentos validados a nivel nacional, siendo la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) la herramienta de referencia para la detección de problemas del desarrollo en menores de 6 años, con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 93%.[10] Estudios de campo realizados mediante esta prueba en distintas regiones del país evidenciaron que la prevalencia de niños con sospecha de riesgo en el desarrollo varía significativamente según el contexto socioeconómico: en centros de salud de zonas de nivel medio del conurbano bonaerense (San Isidro), la tasa de fracaso en la prueba fue del 16% en el área de clase media, y alcanzó el 24% en zonas de menores recursos, con un promedio del 20%.[11]

Estos datos posicionan a los déficits en el desarrollo como un problema relevante de salud pública, fuertemente asociado a la vulnerabilidad socioeconómica, y subrayan la necesidad de implementar estrategias de pesquisa. Así, por ejemplo, en el contexto latinoamericano, otras herramientas con alta sensibilidad y especificidad amplían el alcance de la pesquisa al detectar alteraciones cualitativas en áreas como la regulación emocional, el procesamiento sensorial y la organización del movimiento.[12] En este sentido, los instrumentos de tamizaje constituyen el primer eslabón de una estrategia escalonada de detección temprana: su bajo costo y facilidad de aplicación permiten identificar a los niños que requieren una evaluación más completa, contribuyendo a reducir la severidad de las alteraciones del desarrollo cuando se interviene oportunamente.[13]

Desde esta perspectiva, la pesquisa del desarrollo requiere complementar los instrumentos generales con la evaluación de dominios específicos cuyos déficits presentan alta prevalencia e impacto clínico. Entre ellos, el lenguaje oral constituye uno de los principales motivos de consulta en la primera infancia y un indicador temprano clave del neurodesarrollo. Su evaluación sistemática resulta, por lo tanto, un componente central en las estrategias de detección oportuna.

Desarrollo del lenguaje oral: dificultades, detección y rol del pediatra

La demora en la aparición del lenguaje oral constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en la atención pediátrica durante los primeros años de vida.[14] En algunos casos, este retraso puede asociarse a ciertas condiciones neuroevolutivas —como el retraso global del desarrollo, los trastornos del espectro autista (TEA) o una pérdida auditiva no detectada—, mientras que en otros casos encontramos niños que presentan un desarrollo motor, cognitivo y social acorde a su edad, pero que alrededor de los dos años producen menos de 50 palabras o no las combinan para formar enunciados. Estos niños son conocidos en la literatura como *hablantes tardíos (late talkers)*.[15]

Los estudios epidemiológicos estiman que entre un 10 % y un 15 % de los niños de dos años presenta un retraso significativo en el desarrollo del lenguaje expresivo, lo que convierte a esta condición en relativamente frecuente en la primera infancia.[14,16,17] Entre las variables biomédicas, familiares y sociodemográficas consideradas como factores de riesgo de aparición tardía del lenguaje los autores mencionan: sexo masculino, prematurez, antecedentes familiares y nivel socioeconómico.[18]Los seguimientos a más largo plazo señalan un efecto creciente del nivel socioeconómico y, especialmente, del nivel educativo materno.[19] Probablemente este factor influye a su vez sobre la calidad de las interacciones niño-cuidador y en la cantidad y calidad del input lingüístico recibido.[20]

Desde el punto de vista lingüístico, los hablantes tardíos suelen presentar vocabularios expresivos reducidos, menor diversidad léxica y un desarrollo más lento de la morfosintaxis y la complejidad gramatical. Numerosas evidencias, además, vinculan estas difi-

cultades con una reducción de las habilidades de procesamiento fonológico.[21] En algunos casos también se observan diferencias en habilidades socio comunicativas tempranas, como el uso de gestos o las habilidades para iniciar y mantener la atención conjunta, aspectos que constituyen los pilares sobre los cuales se construye posteriormente el lenguaje oral.[22]

Por otra parte, diferentes investigaciones longitudinales indican que aproximadamente el 60% de los niños de 24 meses identificados como hablantes tardíos, presenta una recuperación espontánea entre los tres y los cinco años, mientras que para el 40% restante (del porcentaje de late talkers), el retraso temprano constituye la primera manifestación de dificultades persistentes en el lenguaje oral,[23-24] que impacta en habilidades prelectoras durante el nivel inicial,[22] y en otras más complejas como la comprensión lectora durante la escuela primaria.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de la pesquisa temprana del desarrollo del lenguaje oral y del seguimiento evolutivo de los niños identificados como hablantes tardíos en los primeros años de vida. En este sentido, los inventarios de informe parental han demostrado ser herramientas especialmente útiles. Entre ellos, los *Inventarios del Desarrollo Comunicativo MacArthur-Bates* (CDI) constituyen uno de los instrumentos más utilizados, con elevados niveles de fiabilidad y validez y adaptaciones en más de un centenar de lenguas .[22] En el ámbito hispanohablante se han desarrollado diversas adaptaciones regionales, entre ellas la adaptación al español rioplatense.[17] Numerosos estudios han demostrado su eficacia para la detección de hablantes tardíos entre los 18 y 30 meses, considerando habitualmente como punto de corte un desempeño igual o inferior al percentil 10 en vocabulario expresivo para la edad.[27]

Tabla 1: Algunos signos de alarma en el desarrollo del lenguaje oral (12-36 meses)

12 meses	Ausencia de balbuceo canónico *(ma; pa; ta; da, etc.)* Ausencia o restricción de gestos comunicativos *(ej: señalar, mostrar, negar con la cabeza, saludar con la mano, tirar besos, etc.)*
18 meses	Ninguna palabra hablada
24 meses	Menos de 30 palabras habladas*
	Ausencia de frases de dos palabras *(ej: mamá agua; quiero upa; vamos casa; a pasear)*
36 meses	Menos de 100 palabras habladas* Escasez de frases de dos palabras; ausencia de frases de tres palabras Dificultades evidentes de comprensión del lenguaje oral *(ej: órdenes simples sin apoyo gestual)* Cualquier evidencia de regresión o pérdida del habla o del lenguaje, independientemente de la edad.

Nota. La presencia aislada de alguno de estos indicadores no implica por sí misma un trastorno. No obstante, la persistencia en el tiempo, la combinación de varios signos o su impacto en la comunicación justifican el seguimiento evolutivo y la eventual derivación para evaluación de neuropediatría y/o fonoaudiológica.

Fuente: Elaboración propia en base a Inventario del Desarrollo Comunicativo Mac Arthur-Bates (adaptación rioplatense).[17]

A modo de síntesis y como material de apoyo para la consulta pediátrica, se presentan en el *Tabla 1* los signos de alarma en el desarrollo del lenguaje oral entre los 12 a los 36 meses.

Entre los 3 y los 5 años el lenguaje oral adquiere una importancia central para el desarrollo de habilidades sociales, la formación de conceptos, la expresión y comprensión de emociones, y la incorporación de normas y valores, entre otros propósitos.[28] Por este motivo, el nivel de educación inicial constituye un contexto privilegiado para prevenir y/o compensar posibles dificultades, en tanto el desarrollo integral de las capacidades del niño depende en buena medida de su desempeño lingüístico y comunicativo.

Las dificultades del lenguaje durante esta etapa pueden ser de diferente naturaleza. Algunos autores han intentado capturar dicha heterogeneidad mediante términos como “pobres habilidades lingüísticas” o “habilidades lingüísticas débiles” para referirse a aquellos/as niños/as que se desempeñan por debajo de 1 DT en pruebas estandarizadas de lenguaje.[29] La diversidad comprendida bajo esta denominación incluye, por una parte, niños cuyas dificultades son secundarias a otros trastornos del neurodesarrollo, como discapacidad intelectual, TDAH o TEA. Estos niños presentan desafíos en diferentes dimensiones del lenguaje que dependen de los perfiles neurocognitivos que caracterizan su diagnóstico primario. Por otra parte, existe otro grupo de niños, a menudo sub identificados, que presentan dificultades persistentes en la adquisición y el uso del lenguaje en ausencia de déficits neurológicos, sensoriales u otro trastorno del neurodesarrollo que explique sus dificultades lingüísticas. Estos niños quedan comprendidos en lo que hoy conocemos como *Trastorno del Desarrollo del Lenguaje* (TDL).[30,31] Con una prevalencia estimada cercana al 7%, el TDL afecta con especial énfasis al desarrollo morfosintáctico y léxico, impactando en la comunicación, la socialización y los aprendizajes escolares posteriores.[31,32]

Más allá de esta distinción entre dificultades primarias y secundarias, el desarrollo del lenguaje oral no puede comprenderse independientemente de las condiciones en las que tiene lugar. Tal como se ha mencionado a propósito de los hablantes tardíos, numerosos estudios han mostrado cómo ciertas variables individuales y contextuales interactúan de manera compleja en la configuración de las trayectorias lingüísticas.[33] En particular, el nivel educativo materno y la calidad de las experiencias lingüísticas en el hogar y en el ámbito escolar constituyen aspectos que pueden actuar como factores de riesgo y protección, modulando la evolución de las dificultades y las oportunidades de compensación. En *Tabla 2* pueden apreciarse algunos signos de alarma en el desarrollo del lenguaje oral entre los 3 y 6 años.

Dado el carácter multifactorial y multidimensional del lenguaje, su evaluación requiere un enfoque que integre diversas fuentes de información, incluyendo tanto instrumentos tipificados como no tipificados. Respecto a los primeros, en el contexto argentino la disponibilidad de instrumentos psicométricos adecuadamente adaptados y validados para nuestra población (3-6 años) es

prácticamente inexistente, por lo que nos enfrentamos a una necesidad que exige ser atendida. Por una parte, en la actualidad no contamos con instrumentos de tamizaje que permitan la vigilancia del desarrollo del lenguaje oral en el primer nivel de atención o en educación inicial. Por otra parte, entre los profesionales especializados es frecuente el uso de herramientas desarrolladas en otros contextos hispanohablantes, no siempre con las precauciones necesarias en términos de equivalencia lingüística y sociocultural. Entre las herramientas estandarizadas más reconocidas, el *Clinical Evaluation of Language Fundamentals* (CELF) cuya quinta revisión (CELF-5) ha sido adaptada y baremada al español peninsular,[34] se considera como la prueba de referencia más utilizada para el diagnóstico del TDL. Asimismo, en el contexto latinoamericano, recientemente se ha desarrollado una herramienta de pesquisa dirigida a fonoaudiólogos, el *Tamiz de Problemas de Lenguaje*.[35] Si bien constituye un aporte relevante, su aplicación requeriría de adaptación y validación a nuestro contexto.

Desde hace más de dos décadas, numerosas investigaciones tanto en población clínica como no clínica han dado cuenta de la evidente continuidad entre el desarrollo del lenguaje oral y el aprendizaje de la lectura. Incluso, estudios más recientes señalan que niños y niñas con antecedentes de emergencia tardía del lenguaje oral presentan mayor riesgo de dificultades en la adquisición de la lectura y la escritura, incluyendo menor conocimiento del vocabulario, dificultades en tareas de conciencia fonológica, en el procesamiento morfosintáctico o en habilidades narrativas.[36] Por ende, la evaluación comprensiva del lenguaje oral entre los 3 y 6 años constituye un insumo fundamental para la detección temprana de posibles dificultades en el aprendizaje de la lectura como se desarrollará en el apartado siguiente.

Del lenguaje oral al lenguaje escrito: las habilidades prelectoras y su detección

La evidencia científica subraya, tal como se viene expresando, que el desarrollo del lenguaje oral entre los 2 y los 5 años es un predictor crítico del éxito en la alfabetización. Snowling y Hulme postulan que las competencias lingüísticas tempranas no sólo predicen la comprensión lectora, sino que también median en la adquisición de las habilidades de decodificación básicas,[37,38] es decir en la posibilidad de leer palabras en primer grado.

Dichos autores muy recientemente han formalizado estos y otros hallazgos bajo un nuevo marco conceptual, el modelo "Lectura es Lenguaje" (Reading is Language, RIL).[38] Este modelo concibe la trayectoria lectora como una secuencia de fases evolutivas parcialmente superpuestas (prelectura, lectura inicial, intermedia y competente), en la que distintas habilidades —lenguaje, código alfabético, reconocimiento de palabras, comprensión— emergen, se potencian mutuamente y se retroalimentan, tal como se aprecia en la *Figura 1*.

El modelo RIL permite entender la lectura como un proceso que se asienta en las primeras competencias lingüísticas, las cuales moldean y sostienen el desarrollo de las habilidades de decodificación y comprensión.[38]

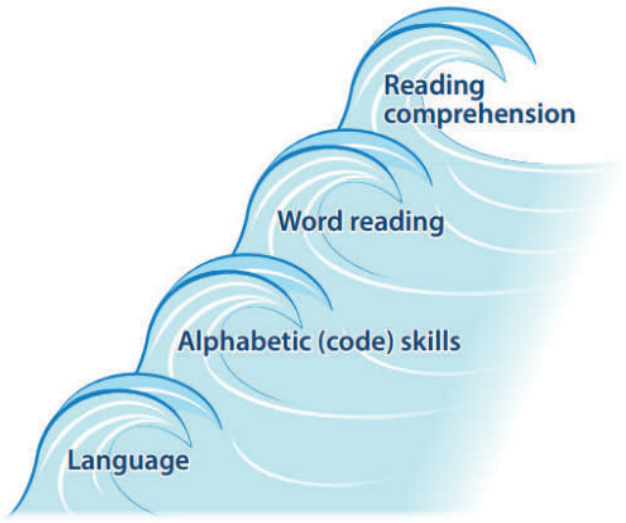
Tabla 2. Signos de alarma en el desarrollo del lenguaje oral (3-5 años)

Dimensión	Orientaciones para el seguimiento y/o la derivación
Fonología (inteligibilidad del habla)	3 años: el habla es prácticamente ininteligible para personas no familiares. 4 años: persistencia de numerosos errores en la pronunciación *(por ej., dice "tasa" por "casa", "pato" por "plato" "tatón" por "ratón").* 5 años: el habla aún no es clara en la mayoría de las situaciones o requiere que repita con frecuencia para ser entendido.
Vocabulario	3 años: Usa pocas palabras para su edad o le cuesta incorporar palabras nuevas. 4 años : Recurre frecuentemente a términos generales *("eso", "cosa", "hacer" "así")* en lugar de palabras específicas. 5 años: Le cuesta nombrar objetos o acciones conocidos *(por ej., dice "eso para cortar" en lugar de "tijera").*
Morfosintaxis (complejidad de las frases)	3 años: Habla con frases muy cortas para su edad *(por ej., "mamá vení", "más jugo", "nene duerme").* 4 años: Omite con frecuencia palabras funcionales necesarias para armar oraciones *(por ej., "quiero jugo mesa" en lugar de "quiero el jugo de la mesa").* 5 años: Presenta dificultades persistentes para organizar oraciones o unir ideas *(por ej., "fui a plaza... a jugar los nenes... a hamaca...y a casa").*
Pragmática (habilidades conversacionales y discursivas)	3 años: Le cuesta iniciar o sostener una conversación (responde poco o abandona el intercambio). 4 años: Le cuesta expresar lo que quiere o necesita *(por ej., señala o dice "eso" sin poder aclarar qué quiere).* 5 años: - Tiene dificultades para contar algo que le pasó *(por ej., "yo... plaza... nene... eso" sin que se entienda bien qué ocurrió).* - Da poca información o hay que hacerle muchas preguntas para entenderlo *(por ej., responde con palabras sueltas o incompletas).*

Nota. La presencia aislada de alguno de estos indicadores no implica por sí misma un trastorno del lenguaje. No obstante, la persistencia en el tiempo, la combinación de varios signos o su impacto en la comunicación justifican el seguimiento evolutivo y la eventual derivación para evaluación fonoaudiológica.

Fuente: Elaboración propia en base a Inventario del Desarrollo Comunicativo Mac Arthur-Bates (adaptación rioplatense).[17]

Figura 1. Secuencia de fases evolutivas del Lenguaje oral a la comprensión lectora, de acuerdo con el modelo *Reading is Language*



Fuente: Imagen en licencia libre extraída de: The Reading Is Language Model: A Theoretical Framework for Language and Reading Development and Intervention, 2025.[38]

Esta concepción integrada tiene implicancias relevantes para la detección temprana de dificultades y el diseño de intervenciones preventivas tanto en el ámbito educativo como en el de la salud.

En relación con dichas intervenciones, un metaanálisis reciente de Cusiter et al.[39] demostró que los programas dirigidos a niños en situación de riesgo en el nivel inicial que combinan el trabajo sobre el lenguaje oral y las habilidades de código —conciencia fonológica y correspondencias grafema-fonema— producen resultados equivalentes o superiores a los que focalizan en uno solo de estos dominios. Esto fundamenta que las intervenciones tempranas integren ambos componentes de manera simultánea.

En Argentina, existe una notable escasez de instrumentos de tamizaje adaptados al español rioplatense que incluyan medidas clave para evaluar lo que se conoce como "habilidades prelectoras". Por este motivo, estamos realizando un estudio instrumental que tiene como objetivo la construcción y el análisis psicométrico preliminar de la Prueba HA.PRE.LEC. (Habilidades Prelectoras), que mide un conjunto de competencias lingüísticas y cognitivas que se desarrollan antes de la enseñanza formal de la lectura. Dicho instrumento de cribado está diseñado para niños de 4 a 6 años y se organiza en tres bloques de tareas:

1. Lenguaje Oral: (Vocabulario en Imágenes y Repetición de Oraciones)
2. Principio Alfabético: (Identificación de sonido inicial y la Correspondencia Sonido-Letra).
3. Denominación rápida: denominación serial de objetos y colores.[40]

El estudio piloto contó con la participación de 90 niños y niñas (M = 60.32 meses) de diferentes instituciones de nivel inicial estatales y privadas en las provincias de Buenos Aires y Río Negro, mayoritariamente de contextos socioeconómicos medio-bajos. Los análisis de consistencia interna (Omega de McDonald) mostraron niveles adecuados y sólidos para la mayoría de las subpruebas: Vocabulario (ω = .784), Repetición de Oraciones (ω = .911), Identificación de Sonido Inicial (ω = .727) y Velocidad de Denominación/TDR (ω = .774). Se observó una correlación positiva significativa entre el vocabulario y la repetición de oraciones (r = .515), así como entre el lenguaje oral y el conocimiento del código alfabético, lo que refuerza la validez de constructo del modelo en nuestra región.

Por dichos motivos, HA.PRE.LEC[41] se proyecta como una herramienta ágil y adaptada socioculturalmente para cubrir un vacío crítico en la detección de dificultades tanto en el ámbito educativo como en equipos interdisciplinarios de salud. Su diseño final, con un baremo representativo para la provincia de Buenos Aires, permitirá a profesionales de la educación y/o de la salud, identificar perfiles de riesgo de manera rápida antes del ingreso a la escolaridad primaria. Si bien los resultados son prometedores, hay que destacar que el propósito de la herramienta es el tamizaje y no el diagnóstico clínico definitivo. Se requieren además estudios adicionales de validez predictiva y discriminante (que los autores se encuentran desarrollando en el presente) para optimizar su implementación.

Como material de apoyo para la consulta pediátrica, se presentan en *Tabla 3* los signos de alarma en el desarrollo de las habilidades prelectoras de los 48 a los 60 meses.

Aprendizaje de la lectura: dificultades, detección y rol del pediatra

Leer y comprender un texto no es una habilidad simple, sino un sistema complejo de destrezas y conocimientos que se integran progresivamente. Las habilidades lectoras constituyen la principal vía de acceso al aprendizaje escolar y, en un sentido más amplio, al conocimiento. Garantizar que todos los niños adquieran tempranamente competencias básicas —decodificación, fluidez y comprensión— no solo es un objetivo pedagógico central, sino una condición indispensable para promover la equidad y el desarrollo.[42]

Los datos nacionales del Operativo APRENDER 2024[43] y de las pruebas regionales ERCE,[44] ambas administradas en tercer grado, indican que una proporción significativa de alumnos no alcanza niveles básicos de comprensión lectora al finalizar el primer ciclo de la escuela primaria. Estos resultados refuerzan la necesidad de identificar y abordar tempranamente las dificultades, incluso antes del ingreso a la escolaridad formal.

Al hablar de dificultades es importante distinguir dos cuadros clínicos que suelen usarse de manera imprecisa: Las dificultades específicas de aprendizaje de la lectura (DEA) también conocida como *dislexia evolutiva*, refiere a dificultades de origen neurobiológico que afectan la adquisición de la lectura; el *retraso lector*, en cambio, abarca un espectro más amplio de la población en el que influyen factores ambientales, pedagógicos y socioeconómicos. Actualmente ambos conceptos se entienden como expresiones que se ubican en un continuo dimensional, de manifestación leve, moderada o severa.[45] Para discriminar ambos cuadros es necesario realizar un seguimiento de la respuesta del alumno y/o paciente de la intervención que se realiza para la mejora de sus habilidades, y de este modo constatar o no

Tabla 3: Signos de alarma en el desarrollo de las habilidades pre lectoras (48 a 60 meses)

Dimensión	4 años	5 años	Ejemplo de Prueba en Consulta
Vocabulario (Receptivo/ Expresivo)	Uso de lenguaje vago ("la cosa", "eso"). No señala objetos por su nombre.	No logra categorizar o definir por uso. Vocabulario "pobre" para su edad.	Pedirle: *"¿Qué es una manzana?"* **Alerta:** Si solo dice "para comer" o no sabe decir qué es.
Memoria Verbal (Repetición)	Incapacidad para repetir frases de 3 o 4 palabras.	Omite palabras o cambia el sentido de oraciones largas.	Pedirle: *"Repetí: El perro grande corre por el jardín".* **Alerta:** Si dice "Perro corre" u omite el lugar.
Conciencia Fonológica	Ausencia de rima: No nota qué palabras suenan parecido.	Falla en sonido inicial: No identifica cómo empieza una palabra.	Preguntarle: *"¿Cuál empieza como mamá: ¿mesa o auto?"* **Alerta:** Si elige al azar o no entiende la consigna.
Conocimiento de Letras	No reconoce la inicial de su propio nombre en un cartel.	No identifica más de 3 a 5 letras (nombre o sonido de vocales y algunas consonantes frecuentes).	Mostrarle una letra (ej. la **A**) y preguntar: *"¿Qué letra es esta?"* o *"¿Cómo suena?".* **Alerta:** Desconocimiento total.
Acceso al Léxico	Lentitud extrema para nombrar colores o dibujos comunes.	Pausas largas entre palabras al nombrar una serie de colores, dibujos, o números.	Pedirle que nombre rápido 5 colores que vea en el consultorio. **Alerta:** Si tarda mucho en "encontrar" la palabra.

*Nota: Si el niño presenta **dos o más** de estos signos de alarma, se sugiere derivación a Psicopedagogía o Neuropsicología para una evaluación psicométrica completa. Fuente: Elaboración propia.*

Tabla 4. Signos de alarma en el logro de los aprendizajes de la lectura, la escritura y la comprensión lectora de 6 a 9 años

Área	Final de 1º grado	Final de 2º grado	Final de 3º grado
Lectura (decodificación y fluidez)	Dificultad para leer palabras simples y frecuentes y/o reconocer su nombre **Ej.:** SO por sol**;** AO por mano.	Persisten errores de precisión (omisiones, sustituciones). **Ej.:** lee "cata" por "casa" o saltea palabras. Dificultad para leer palabras más complejas	Lectura lenta y poco automatizada- Lectura monótona, sin entonación- Fatiga o evitación de la lectura. **Ej.:** lee una frase deletreando y sin respetar signos de entonación.
Comprensión lectora	No comprende lo que lee a nivel básico. **Ej.:** lee "oso" pero no puede decir qué es. No comprende consignas escritas simples- Depende del apoyo oral o visual	Comprensión literal limitada- Dificultad para recordar información leída. **Ej.:** no puede contar qué pasó en un texto breve	Dificultades en comprensión inferencial y global- No puede resumir contenido y le cuesta relacionar con lo que ya sabe de un tema. **Ej.:** no identifica idea principal de un texto
Escritura (transcripción, producción y ortografía)	Escritura con omisiones o sustituciones de letras en palabras simples y frecuentes- Correspondencias sonido-letra inestables- Toma del lápiz tipo garra. **Ej:** escribe AS por casa o EA por mesa	Errores ortográficos frecuentes- Dificultad para escribir oraciones completas- Baja legibilidad o segmentación incorrecta. **Ej.:** "lacasaesgrande"	Persisten errores ortográficos básicos- Producciones escritas pobres. Dificultad para producir un texto pequeño. **Ej.:** textos muy breves, sin coherencia ni puntuación.

Nota: La presencia de dificultades persistentes en uno o más de estos indicadores, especialmente si se observan desde 1º grado y no mejoran con la enseñanza, sugiere la necesidad de seguimiento y eventual evaluación específica de lectura y escritura con un profesional especializado. Fuente: Elaboración propia.

la persistencia de las dificultades, esto se conoce como *Respuesta a la intervención.*[46] En este sentido, si las dificultades persisten estamos hablando de un cuadro de DEA de la lectura, en cambio, si el niño/a se equipara con su grupo de pares luego de una corta intervención, se trataría de un caso de retraso lector.

Los criterios diagnósticos para las DEA de la lectura[47] han sido complementados recientemente por la Asociación Internacional de Dislexia,[48] que incorpora una perspectiva multifactorial, esto significa que su expresión resultará de la interacción entre las bases neurobiológicas y las influencias del entorno.[49,50] La prevalencia de este cuadro se encuentra entre el 3% y el 10% en lenguas de ortografía transparente como el español, y puede alcanzar el 17,5% en hablantes de inglés.[51]

La dislexia afecta a los sujetos a lo largo de toda su vida, y su pronóstico depende del momento en que se la identifica y de la efectividad del tratamiento. En Argentina la mayor parte de los casos llega a consulta especializada recién en los últimos años de la escuela primaria, cuando las dificultades ya se han cronificado. La pesquisa pediátrica sistemática en los controles de salud constituiría por tanto una oportunidad crítica para revertir esta situación.

Para el pediatra es fundamental distinguir entre i*nstrumentos de tamizaje* e *instrumentos de evaluación diagnóstica.* Los primeros son herramientas breves, de fácil administración, que identifican niños en riesgo que requieren derivación para una evaluación completa, su rol es detectar señales de alerta, no diagnosticar. Los otros instrumentos, en cambio, son baterías de aplicación individual, administradas por profesionales especializados (psicopedagogos, fonoaudiólogos, neuropsicólogos), que permiten construir un diagnóstico clínico preciso.

En cuanto a los instrumentos de tamizaje, la R-Dislex[52] es una herramienta de pesquisa rápida desarrollada en Argentina en el ámbito de la neuropediatría, diseñada para detectar riesgo de dislexia en niños de 5 a 7 años en el contexto de controles de salud. Evalúa conciencia fonológica, memoria y fluidez, y ha mostrado adecuados índices psicométricos y alta correlación con pruebas estandarizadas de lectura en etapa escolar, lo que la posiciona como la herramienta más pertinente para el uso pediátrico. Del mismo modo, el *Cuestionario de Dificultades de Aprendizaje de Colorado (CLDQ-R)*[53] y el *Adult Reading History Questionnaire (ARHQ)*[54] son instrumentos de autoinforme y heteroinforme, originalmente desarrollados en Estados Unidos, que nuestro equipo adaptó al español rioplatense.[55] Su ventaja principal reside en la brevedad de administración y en la posibilidad de incorporar la perspectiva de padres y docentes. En una muestra clínica de niños atendidos en servicios de psicopedagogía, psicología y neurodesarrollo de hospitales públicos y centros privados de La Plata, el CLDQ-R mostró adecuada validez concurrente con el diagnóstico clínico, con un 70% de los niños evaluados presentando dificultades específicas de aprendizaje con o sin comorbilidades.[55] Estos cuestionarios son útiles como complemento de la anamnesis pediátrica, en especial cuando existe antecedente familiar de dificultades lectoras.

A título informativo, entre los instrumentos de evaluación diagnóstica disponibles en Argentina, los más utilizados son el LEE,[56] que evalúa lectura, escritura y comprensión lectora de primero a cuarto año de educación primaria con normas locales, y la prueba Leer para Comprender (TLC),[57] de aplicación colectiva, orientada a los últimos años de primaria, con normativa propia y alta utilidad para la intervención clínica y educativa. En el ámbito hispanohablante, el PROLEC-R[58] y el reciente PROLEXIA,[59] ofrecen cobertura desde el nivel inicial, aunque cuentan con normas españolas que limitan su extrapolación directa al contexto argentino.

A continuación, en el *Tabla 4* se presentan los signos de alarma para el desarrollo lector en el primer ciclo de la escuela primaria, organizados por año escolar y con ejemplos observables en la consulta.

Conclusiones

La evidencia revisada confirma que la detección temprana del riesgo de dificultades en el desarrollo del lenguaje oral, en las habilidades pre lectoras y en el aprendizaje de la lectura, constituye una responsabilidad compartida y una oportunidad privilegiada para prevenir, promover e intervenir En este marco, el pediatra de primer nivel de atención ocupa una posición estratégica para la identificación oportuna de señales de alerta de dichas habilidades.

En el contexto argentino, caracterizado por desigualdades en el acceso a servicios especializados y por demoras en la consulta, el fortalecimiento de estrategias de tamizaje en el ámbito pediátrico adquiere especial relevancia. La disponibilidad de herramientas adaptadas socioculturalmente, como la prueba HA.PRE.LEC, actualmente en desarrollo, constituye un avance significativo para la detección temprana en contextos locales. No obstante, es fundamental subrayar que los instrumentos de tamizaje no reemplazan la evaluación diagnóstica, sino que permiten orientar la derivación oportuna hacia equipos interdisciplinarios. La implementación efectiva de estos instrumentos requiere, además, la capacitación de los profesionales de la salud y la articulación con el sistema educativo, con el objetivo de garantizar una vigilancia continua del desarrollo infantil y una intervención temprana en los casos que lo requieran.

En síntesis, la detección temprana del riesgo en el desarrollo del lenguaje oral y de las habilidades pre lectoras, no sólo mejora el pronóstico individual, sino que constituye una herramienta clave para reducir inequidades en el acceso al aprendizaje y promover trayectorias educativas más equitativas.

Referencias bibliográficas

1. Castaño PR, Duarte SA, Gelves MV, Gálvez NR, Pérez JC. Perfil psicomotor y factores de riesgo pre, peri y postnatales en preescolares. RIICS [Internet]. 2019 [citado 20/03/2026];1[2]:32-37. Disponible en: https://doi.org/10.46634/riics.20

2. Querejeta-Echegoyen M, Romanazzi-Colombo MJ, Laguens-Harnan A. Studies on child development in vulnerable groups in the metropolitan area of Buenos Aires, Argentina. En: Barcelata-Eguiarte BE, Suárez-Brito P, editores. Child and Adolescent Development in Risky Adverse Contexts [Internet]. Cham: Springer; 2021 [citado 20/03/2026]. p. 59-84. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-83700-6_4

3. La Nación. Hoy, en la ciudad de Buenos Aires, hay menos de 200 fonoaudiólogos; puede demorar más de un año conseguir turno [Internet]. Buenos Aires: La Nación; 2023 [citado 22/04/2026]. Disponible en: https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-carrera-universitaria-que-demanda-cinco-anos-de-formacion-y-promete-una-salida-laboral-nid15052023/

4. Fundación Soberanía Sanitaria (FSS). Informe Técnico N.º 91: El impacto del desfinanciamiento en la red de pediatría y salud mental pública [Internet]. Buenos Aires: FSS; 2025 [citado 25/03/2026]. Disponible en: https://soberaniasanitaria.org.ar

5. Observatorio de Psicología Social Aplicada. Estado psicológico de la población infantil y adolescente en el Conurbano Bonaerense: Relevamiento 2023-2024 [Internet]. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2024 [citado 25/03/2026]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes

6. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Crecimiento y Desarrollo, Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. Arch Argent Pediatr. 2017;115(Supl [3]: s53–62.

7. World Health Organization. Early childhood development and disability: a discussion paper. Geneva: WHO; 2012.

8. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo en la primera infancia en las Américas: una prioridad para la acción. Washington DC: OPS; 2017.

9. UNICEF, WHO, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive. Geneva: WHO; 2018.

10. Lejarraga H, Kelmansky D. Desarrollo infantil en la Argentina: epidemiología y propuestas para el sector de la salud. Buenos Aires: Paidós; 2024.

11. Lejarraga H, Menéndez A, Menzano E, Guerra L, Biglieri G, Pianelli P, et al. Screening for developmental problems at primary care level: a field programme in San Isidro, Argentina. Paediatr Perinat Epidemiol [Internet]. 2008 [citado 25/03/2026];22[2]:180-187. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00897.x

12. Bolaños C, Mina-Lara MM, Ramos-Ortega G. Indicadores de riesgo del Perfil de Conductas de Desarrollo como instrumento para la detección temprana de retrasos y alteraciones del desarrollo. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2015 [citado 25/03/2026];36[3]:135-146. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000300002

13. Lejarraga H, Kelmansky D, Pascucci MC, Salamanco G. Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE. Buenos Aires: Fundación Garrahan; 2004 (actualización 2013).

14. Blumenfeld A, Carrizo Olalla J, D'Angelo SI, et al. Retraso del desarrollo del lenguaje en niños de 24 meses en un centro de salud en la Ciudad de Buenos Aires. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2018 [citado 29/03/2026];116[4]:242-247. Disponible en: https://doi.org/10.5546/aap.2018.242

15. 15. Rescorla LA, Dale PS, editores. Late talkers: language development, interventions, and outcomes. Baltimore: Brookes Publishing; 2013.

16. Reilly S, Wake M, Bavin EL, Prior M, Williams J, Bretherton L, et al. Predicting language at 2 years of age: a prospective community study. Pediatrics [Internet]. 2007 [citado 25/03/2026];120[6]: e1441-e1449. Disponible en: https://doi.org/10.1542/peds.2007-0045

17. Resches M, Querejeta M, Kohan-Cortada A, Laguens A. Adaptación y normativización de Inventario del Desarrollo Comunicativo Mac Arthur Bates (CDI-Forma II) al español rioplatense. Rev Iberoam Psicol [Internet]. 2021 [citado 25/03/2026];14[3]:107-120. Disponible en: https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.14310

18. Reilly S, Wake M, Ukoumunne OC, Bavin E, Prior M, Cini E, et al. Predicting language outcomes at 4 years of age: findings from Early Language in Victoria Study. Pediatrics [Internet]. 2010 [citado 29/03/2026];126[6]: e1530-e1537. Disponible en: https://doi.org/10.1542/peds.2010-0254

19. 19. Martiñan N. Factores de riesgo en el Trastorno del Desarrollo del Lenguaje: sexo, antecedentes familiares y escolaridad de los padres [tesis doctoral no publicada]. Buenos Aires: Universidad Maimónides; 2026.

20. Hurtado N, Marchman VA, Fernald A. Does input influence uptake? Links between maternal talk, processing speed and vocabulary size in Spanish-learning children. Dev Sci [Internet]. 2008 [citado 25/03/2026];11[6]:F31-F39. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2008.00768.x

21. Ellis-Weismer S, Venker CE, Evans JL, Moyle MJ. Fast mapping in late-talking toddlers. Appl Psycholinguist [Internet]. 2013 [citado 25/03/2026];34[1]:69-89. Disponible en: https://doi.org/10.1017/S0142716411000610

22. Laguens A, Resches M, Kohan-Cortada A, Querejeta M, Aquino C, De Grandis M. Herramientas semióticas y uso de objetos en las interacciones entre adultos/as y niños/as hablantes tardíos y no tardíos: un estudio preliminar. En: X Congreso Internacional de Adquisición del Lenguaje; 2022; Girona, España [Internet]. [citado 25/03/2026]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/363582349_HERRAMIENTAS_SEMIOTICAS_Y_USO_DE_OBJETOS_EN_LAS_INTERACCIONES_ENTRE_ADULTOSAS_Y_NINOSAS_HABLANTES_TARDIOS_Y_NO_TARDIOS_UN_ESTUDIO_PRELIMINAR

23. Rice ML, Taylor CL, Zubrick SR. Language outcomes of 7-year-old children with or without a history of late language emergence at 24 months. J Speech Lang Hear Res [Internet]. 2008 [citado 25/03/2026];51[2]:394-407. Disponible en: https://doi.org/10.1044/1092-4388 [200]8/ [029]

24. Rescorla L, Schwartz ER. Outcome of toddlers with specific expressive language delay. Appl Psycholinguist [Internet]. 1990 [citado 25/03/2026];11:393-407. Disponible en: https://doi.org/10.1017/S0142716400009644

25. Resches M, Marder SE, Formoso J, Valluzzi J. Precursores de la alfabetización temprana y sus relaciones con habilidades de lenguaje oral y variables contextuales en niños y niñas preescolares. En: XIX Reunión Nacional y VIII Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento; 23-25/08/2023; Buenos Aires, Argentina. Rev Argent Cienc Comport [Internet]. 2023 [citado 25/03/2026]:219. Disponible en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/46426/46570

26. Fenson L, Marchman VA, Thal DJ, Dale PS, Reznick JS, Bates E. MacArthur-Bates CDI Manual. 2nd ed. Baltimore: Brookes; 2007.

27. Desmarais C, Sylvestre A, Meyer F, Bairati I, Rouleau N. Systematic review of the literature on characteristics of late-talking toddlers. Int J Lang Commun Disord [Internet]. 2008 [citado 25/03/2026];43[4]:361-389. Disponible en: https://doi.org/10.1080/13682820701546854

28. Mariscal S, Auza A. Typical language development of monolingual Spanish-speaking children. En: Schwartz RG, Auza A, editores. *Language development and language disorders in Spanish-speaking children: language processing and cognitive functions.* Cham: Springer; 2017. p. 1–24.

29. Stolt S, Matomäki J, Lind A, Lapinleimu H, Haataja L, Lehtonen L. The prevalence and predictive value of weak language skills in children with very low birth weight: longitudinal study. Acta Paediatr [Internet]. 2014 [citado 29/03/2026];103[6]:651-658. Disponible en: https://doi.org/10.1111/apa.12607

30. Leonard L. Children with specific language impairment. 2nd ed. Cambridge: The MIT Press; 2014.

31. Auza A, Andreu L. El trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) en niños hispanohablantes. Madrid: Ediciones Pirámide; 2025.

32. Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T; CATALISE-2 Consortium. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: terminology. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2017 [citado 29/03/2026];58[10]:1068-1080. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jcpp.12721

33. Conti-Ramsden G, St Clair MC, Pickles A, Durkin K. Developmental trajectories of verbal and nonverbal skills in individuals with a history of specific language impairment: from childhood to adolescence. J Speech Lang Hear Res [Internet]. 2012 [citado 29/03/2026];55[6]:1716-1735. Disponible en: https://doi.org/10.1044/1092-4388 [201]2/10-018[2]

34. Wiig EH, Semel E, Secord WA. CELF-5: Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje-5. Madrid: Pearson Clinical & Talent Assessment; 2016.

35. Auza-Benavides A, Murata C, Márquez-Caraveo ME, Morgan GP. Tamiz de Problemas de Lenguaje (TPL). Ciudad de México: El Manual Moderno; 2018.

36. Hodges R, Baker E, Munro N, Masso S. The emergent literacy skills of 4- to 5-year-old children with and without a history of late talking. Int J Speech Lang Pathol [Internet]. 2024 [citado 29/03/2026];26[1]:96-104. Disponible en: https://doi.org/10.1080/17549507.2022.2152866

37. Snowling MJ, Hulme C. Annual research review: reading disorders revisited – the critical importance of oral language. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2021 [citado 10/04/2026];62[5]:635-653. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jcpp.13324

38. Snowling MJ, Hulme C. The Reading Is Language (RIL) Model: A theoretical framework for language and reading development and intervention. Annu Rev Dev Psychol [Internet]. 2025 [citado 29/03/2026];7:195-218. Disponible en: https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-111323-084821 . Licencia: CC BY 4.0.; 2025.

39. Cusiter J, Short K, Webb A, Munro N. Combined language and code emergent literacy intervention for at-risk preschool children: a systematic meta-analytic review. Child Dev [Internet]. 2025 [citado 25/03/2026];96:1519-1545. Disponible en: https://doi.org/10.1111/cdev.14252

40. Fonseca L, Corrado I, Pujals M, Migliardo MG, Lagomarsino PI, Mendivelzua A, et al. Test de denominación rápida predictor de habilidades lectoras. Buenos Aires: Editorial Autores de Argentina; 2019.

41. Marder S, Resches M, Fonseca L, Borús MR, Barreyro JP. Desarrollo y análisis preliminar de "HA.PRE.LEC.": una herramienta para la evaluación temprana de habilidades prelectoras en español. Quintú Quimün Rev Lingüíst [Internet]. 2026. En prensa.

42. Abusamra V, Chimenti MÁ, Diuk B, Feldman D, Piacente T, Roldán LÁ. Progresiones de aprendizaje en lectura: hacia trayectorias lectoras más equitativas en la región [Internet]. Vinacur T, Bellomo S, editores. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2026 [citado 29/03/2026]. Disponible en: https://doi.org/10.18235/0013977

43. Argentina. Ministerio de Capital Humano, Secretaría de Evaluación e Información Educativa. Aprender Primaria 2024 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Capital Humano; 2024 [citado 29/03/2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/educacion/evaluacion-informacion-educativa/aprender/aprender-2024/aprender-primaria-2024

44. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Bases de datos del cuarto Estudio Regional Comparativo y Explicativo (ERCE 201[9] [Internet]. Santiago: UNESCO Office Santiago and Regional Bureau for Education in Latin America and the Caribbean, Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE); 2022 [citado 29/03/2026]. Disponible en: https://www.unesco.org/es/articles/estudio-regional-comparativo-y-explicativo-erce-2019

45. Stanovich KE. The future of a mistake: will discrepancy measurement continue to make the learning disabilities field a pseudoscience? Learn Disabil Q [Internet]. 2005 [citado 30/03/2026];28[2]:103-106. Disponible en: https://doi.org/10.2307/1593604

46. Vaughn S, Fuchs LS. Redefining learning disabilities as inadequate response to instruction: the promise and potential problems. Learn Disabil Res Pract [Internet]. 2003 [citado 30/03/2026];18[3]:137-146. Disponible en: https://doi.org/10.1111/1540-5826.00070

47. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2022.

48. International Dyslexia Association (IDA). 2025 Dyslexia Definition Project: IDA 2025 Definition of Dyslexia [Internet]. Baltimore: IDA; 2025 [citado 29/03/2026]. Disponible en: https://dyslexiaida.org/2025-dyslexia-definition-project/

49. Dehaene S. El cerebro lector: últimas noticias de las neurociencias sobre la lectura, la enseñanza, el aprendizaje y la dislexia. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2014.

50. Catts HW, Petscher Y. A cumulative risk and resilience model of dyslexia. J Learn Disabil [Internet]. 2022 [citado 29/03/2026];55[3]:171-184. Disponible en: https://doi.org/10.1177/00222194211037062

51. Cuadro A, Von Hagen A, Costa-Ball D. Diferencias procedimentales en el cálculo de la prevalencia del retraso lector en escolares hispanoparlantes. Estud Psicol [Internet]. 2017 [citado 29/03/2026];38[1]:169-197. Disponible en: https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1268388

52. Arista GA, Fonseca LE, Calzolari A. Rdislex: test rápido para riesgo de dislexia en niños prelectores y lectores iniciales. Prueba piloto. J Appl Cogn Neurosci [Internet]. 2023 [citado 30/03/2026];4[1]:e00354813. Disponible en: https://doi.org/10.17981/JACN.4.1.2023.02

53. Willcutt EG, Boada R, Riddle MW, Chhabildas N, Defries JC, Pennington BF. Colorado Learning Difficulties Questionnaire: validation of a parent-report screening measure. Psychol Assess [Internet]. 2011 [citado 29/03/2026];23[3]:778-791. Disponible en: https://doi.org/10.1037/a0023290

54. Lefly DL, Pennington BF. Reliability and validity of the adult reading history questionnaire. J Learn Disabil [Internet]. 2000 [citado 29/03/2026];33[3]:286-296. Disponible en: https://doi.org/10.1177/002221940003300306

55. Marder S, Lo Gioco A. Detección de riesgo de dificultades lectoras en niños en el ámbito hospitalario utilizando pruebas de cribado. Rev Argent Neuropsicol [Internet]. 2021 [citado 29/03/2026];39:27-41. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/162634

56. Defior-Citoler S, Fonseca L, Gottheil B, Adrey A, Jiménez A, Pujals M, et al. LEE: test de lectura y escritura en español. Buenos Aires: Paidós; 2016.

57. Abusamra V, Ferreres A, Raiter A, De Beni R, Cornoldi C. TLC-I. Test Leer para Comprender I: evaluación de la comprensión de textos. Buenos Aires: Paidós; 2010.

58. Cuetos F, Rodríguez B, Ruano E, Arribas D. PROLEC-R: batería de evaluación de los procesos lectores. Madrid: TEA; 2007.

59. Cuetos F, Arribas D, Suárez-Coalla P, Martínez-García C. PROLEXIA: diagnóstico y detección temprana de la dislexia. Madrid: TEA Ediciones; 2020.

Sandra Esther Marder. Licenciada, Profesora y Doctora en Psicología. Diploma Superior en Necesidades Educativas e Inclusión. Especialista en Psicopatología Infanto-Juvenil. Docente de grado y posgrado en universidades nacionales e internacionales. Integra el equipo de Fluidez y Comprensión Lectora del Ministerio de Educación de CABA. Trabaja en la atención clínica de niños y adolescentes con dificultades del aprendizaje y del desarrollo.

Mariela Resches. Doctora en Psicología. Especialista en Psicopatología Infanto-Juvenil. Licenciada en Psicología. Investigadora adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME). Profesora Titular Ordinaria de la materia Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de Exploración Psicológica I, Facultad de Psicología UNLP.

María del Rosario Borús. Profesora en Psicología, con formación como Acompañante Terapéutica. Se desempeña como adscripta en la cátedra de Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de Exploración Psicológica I de la Facultad de Psicología de la UNLP. Es becaria de entrenamiento en el CEREN (CIC-PBA), donde integra un proyecto de investigación sobre detección temprana de habilidades prelectoras.

Liliana Fonseca. Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Magíster en Psicología Cognitiva y Aprendizaje. Licenciada y Profesora de Psicopedagogía. Docente e investigadora de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad de San Martín y Profesora titular ordinaria de Teoría e Interpretación del Proceso Diagnóstico II. Directora de la Especialización en Psicopedagogía en Salud con orientación en Neurodesarrollo y Aprendizaje de la Universidad Católica de Salta.

Agustina Vericat. Médica. Especialista consultora en Pediatría. Doctora en Medicina. Especialista en Desarrollo Infantil y Magíster en Investigación Biomédica. Docente e investigadora en la Universidad Nacional de La Plata y la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Integra el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), actualmente como secretaria consultora.