



UNIVERSIDAD SIGLO 21

TRABAJO FINAL DE GRADO – PLAN DE INTERVENCIÓN

Licenciatura en Psicología

**“Rigurosidad metodológica en protocolos de intervención en Trastorno del aprendizaje de la lectoescritura en contextos clínicos: Un enfoque desde la Psicología Basada en la Evidencia y la Neuropsicología”**

Autora: María Cecilia Funes

Legajo: PSI04955

Tutor: Dr. Damian Alejandro Reville

Córdoba, julio de 2025

## Índice

1. Resumen	4
2. Introducción	5
3. Delimitación de la problemática	8
4. Institución	15
5. Objetivos	17
6. Justificación	18
7. Marco teórico	20
7.1. La crisis de replicabilidad en la psicología	20
7.2. Medicina Basada en la Evidencia (MBE)	22
7.3. Psicología Basada en la Evidencia (PBE)	25
7.4. Modelos cognitivos de los problemas de lectura	27
7.5. Neurociencia Cognitiva	30
7.6. Teorías explicativas de la dislexia desde la neurociencia	31
7.7. Dislexia y base genética	33
7.8. Prevalencia de la Dislexia	34
7.9. Diagnóstico psiquiátrico en Dislexia	35
7.10. Criterios escolares de identificación de problemas de lectura	37
7.11. International Dyslexia Association	39
7.12. Crítica a las clasificaciones psiquiátricas en dislexia	39
7.13. Ley Nacional 27.306	40
7.14. Marcadores neurocognitivos	40
7.15. Screening neurocognitivo en dislexia	42
7.16. Batería Mini Dislex	43
7.17. Evaluación Neurocognitiva en dislexia	44
7.18. Intervención en dislexia	46
7.19. Hacia la estandarización en psicología clínica: aprendizajes desde los protocolos biomédicos	47
7.20. Comparación: Protocolos de Intervención en Dislexia y Protocolos de Ensayos Clínicos	49
7.21. Protocolos en Psicología Clínica: posibilidades, límites y fundamentos	53

7.22. ¿Es posible una Psicología Basada en la Evidencia?	54
7.23. Caracterización del problema desde los discursos escolares	56
8. Metodología	58
9. Plan de trabajo	61
9.1 Actividades correspondientes al Objetivo Específico 1	61
9.2 Actividades correspondientes al Objetivo Específico 2	62
9.3 Actividades correspondientes al Objetivo Específico 3	63
9.4 Actividades correspondientes al Objetivo Específico 4	63
9.5 Actividades correspondientes al Objetivo Específico 5:	66
Propuesta de Intervención	
10. Capítulo metodológico-analítico por objetivos	80
11. Resultados esperados	85
12. Discusión	86
13. Conclusión	88
14. Referencias	89
15. Anexos	105

## 1. Resumen

Esta tesis aborda la necesidad de construir una práctica psicológica clínica rigurosa y situada para el abordaje de la dislexia en contextos institucionales reales. A partir del análisis crítico de los fundamentos de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y su adaptación a la Psicología Basada en la Evidencia (PBE), se examinan las tensiones entre los modelos diagnósticos estandarizados y la complejidad del trabajo clínico. El estudio se desarrolla a partir de un enfoque cualitativo, con entrevistas a profesionales de un centro clínico interdisciplinario y la revisión del marco teórico actual sobre trastornos del aprendizaje. Los resultados evidencian la ausencia de protocolos sistematizados, así como la presencia de criterios clínicos implícitos que orientan la práctica profesional. Como propuesta de intervención, se diseña una matriz preliminar de criterios clínicos para el diagnóstico e intervención en dislexia, que será presentada y validada mediante un grupo focal con el equipo institucional. Esta experiencia busca promover una construcción colectiva de criterios compartidos, articulando la evidencia empírica con el juicio clínico situado, y fortaleciendo así la calidad de las decisiones clínicas en el abordaje de las dificultades lectoras.

**Palabras clave:** dislexia, Psicología Basada en la Evidencia, Neuropsicología, Práctica clínica fundamentada, Protocolos de intervención.

## 2. Introducción

La dislexia puede ser comprendida como una hipótesis teórica formulada desde ciertas corrientes de la psicología para abordar dificultades específicas en la adquisición y automatización de la lectura y la escritura. Más que una entidad clínica establecida, se trata de un marco conceptual que agrupa un conjunto heterogéneo de manifestaciones, cuyo abordaje demanda una perspectiva crítica y situada. Este enfoque propone considerar los problemas de aprendizaje desde una lógica dinámica, donde las explicaciones y las estrategias de intervención se construyen y legitiman tanto desde la evidencia empírica como desde un diálogo constante con las condiciones sociales, educativas y culturales que inciden en los sujetos.

En este contexto, la dislexia se ha convertido en uno de los trastornos del aprendizaje más estudiados, pero también más desafiantes para la intervención clínica y educativa. Pese al incremento sostenido de investigaciones, la falta de replicabilidad y la escasa estandarización metodológica siguen siendo obstáculos relevantes para el desarrollo de protocolos eficaces y validados.

En las últimas décadas, la psicología como disciplina científica ha atravesado una profunda crisis de replicabilidad. Muchos estudios relevantes no han podido ser reproducidos bajo condiciones similares, lo que ha generado dudas sobre la solidez metodológica de buena parte de la producción científica. Esta situación impulsó una revisión crítica de los estándares con los que se diseñan, ejecutan y comunican las investigaciones en este campo.

La Psicología del Desarrollo y los Trastornos del Aprendizaje —especialmente en lo relativo a la dislexia— ha sido particularmente impactada por esta crisis (Snowling &

Hulme, 2012; Jiménez & Guzmán, 2020). Aunque existe una vasta literatura sobre el tema, persisten importantes inconsistencias en torno a los criterios diagnósticos, los instrumentos de evaluación y las formas de intervención utilizadas. Esta falta de homogeneidad compromete tanto la replicabilidad como la validez externa de los hallazgos.

En respuesta, se ha promovido la adopción de criterios más rigurosos, tomando como referencia los principios de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Así surge la Psicología Basada en la Evidencia (PBE), que propone una práctica sustentada en tres pilares: la mejor evidencia científica disponible, la competencia clínica del profesional y las características del paciente. A su vez, la Neuropsicología —disciplina que estudia la relación entre el funcionamiento cerebral y la conducta— aporta herramientas teóricas y clínicas para comprender los trastornos del aprendizaje en lectoescritura desde una perspectiva empíricamente informada.

Esta tesis busca articular ambos enfoques para contribuir a la construcción de prácticas más consistentes, fundamentadas y evaluables en el campo de la Psicología clínica, con especial foco en los problemas de aprendizaje en lectura.

En consonancia con esta postura, a lo largo del trabajo se empleará el término “dislexia” como una hipótesis clínica y conceptual, y no como una categoría diagnóstica cerrada o verificable mediante marcadores biológicos. Se prioriza una comprensión situada del problema, reconociendo que muchas de las dificultades lectoras observadas en contextos escolares y clínicos pueden ser interpretadas desde diversos marcos teóricos, siendo la dislexia uno de ellos. En este sentido, la tesis no pretende establecer una definición definitiva del trastorno, sino analizar críticamente los alcances y limitaciones

de esta hipótesis en su utilidad para la práctica clínica informada por la evidencia y guiada por principios neuropsicológicos.

Finalmente, esta tesis no tiene como finalidad la validación de un protocolo clínico cerrado, sino más bien la exploración crítica de las posibilidades, límites y condiciones para avanzar hacia una práctica psicológica confiable, situada y orientada por evidencia empírica, desde un diálogo crítico con la MBE y los aportes de la Neuropsicología clínica.

### 3. Delimitación de la problemática

#### *Dificultades detectadas en el ámbito escolar*

En el ámbito escolar, no es poco frecuente que los docentes, particularmente de Lengua Castellana e Inglesa, detecten en algunos estudiantes dificultades significativas en lectoescritura. Se presentan casos en los que los alumnos omiten letras, cometen errores persistentes al escribir palabras simples o incluso su propio nombre, a pesar de encontrarse en niveles avanzados como la escuela secundaria. Estas dificultades, además, no suelen manifestarse de manera aislada: es común que coexistan con otros trastornos como la disgrafía, la discalculia o el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH), lo que añade complejidad al proceso de enseñanza y aprendizaje.

#### *Respuesta institucional y profesional*

Frente a estas señales, los docentes derivan a los estudiantes al gabinete psicopedagógico, donde se realiza una primera valoración y se establece contacto con las familias para dar seguimiento. La respuesta institucional varía según las posibilidades de cada escuela, pero se implementan estrategias pedagógicas que buscan favorecer la expresión oral, el uso de material visual, recortes de texto escrito y adaptaciones que simplifiquen las consignas o los contenidos.

Cuando el estudiante accede a prestaciones externas, como maestros de apoyo, suele evidenciarse un progreso significativo. En el nivel secundario, estos profesionales generalmente intervienen de manera indirecta, es decir, fuera del aula, colaborando con los docentes en la adaptación de evaluaciones y en el diseño de propuestas pedagógicas ajustadas a las necesidades del alumno. En cambio, en el nivel inicial y primario, los

maestros de apoyo, quienes en su mayoría son psicopedagogos, acompañan al estudiante dentro del aula, brindando un soporte más directo durante las actividades escolares.

Por su parte, el gabinete escolar trabaja en articulación con el docente, acompañándolo en la planificación y aplicación de estrategias inclusivas que respondan a las necesidades específicas del estudiante. Esta dinámica de detección, derivación y acompañamiento refleja tanto el compromiso institucional como las limitaciones estructurales que muchas veces condicionan las posibilidades de intervención directa.

El abordaje institucional de las dificultades lectoras en las escuelas evidencia un esfuerzo constante por dar respuesta a una problemática compleja, pero también muestra fuertes diferencias entre instituciones, según su nivel educativo, ubicación, recursos disponibles y articulación con otros sistemas, mientras algunas escuelas logran organizar dispositivos sostenidos de acompañamiento y adaptación, otras dependen casi exclusivamente del compromiso de algunos docentes o del acceso que las familias puedan gestionar por fuera de la institución.

Esta diversidad de escenarios confirma la necesidad de construir criterios clínicos y pedagógicos que sean situados, sensibles al contexto y a las trayectorias individuales de cada estudiante. Lejos de un modelo uniforme, la intervención requiere comprender cómo se configura el problema en cada espacio, quiénes intervienen, qué criterios se utilizan — o se omiten— y qué posibilidades reales existen para fundamentar las prácticas de manera confiable y compartida.

### ***Enfoque neuropsicológico de los problemas de aprendizaje de lectoescritura***

Desde la neuropsicología, los problemas persistentes en la adquisición y automatización de la lectura y la escritura suelen ser abordados a través de la hipótesis diagnóstica de dislexia. Esta se concibe como un trastorno específico del aprendizaje, caracterizado por dificultades que no se explican por déficits sensoriales, intelectuales ni por una instrucción inadecuada. Diversas investigaciones han propuesto la existencia de correlatos neurológicos asociados a estas dificultades, particularmente en el procesamiento fonológico y en ciertas áreas cerebrales implicadas en la decodificación del lenguaje escrito (Shaywitz & Shaywitz, 2008).

Si bien estas evidencias han orientado el desarrollo de intervenciones más focalizadas, aún persisten debates acerca de la validez y generalización de tales hallazgos, así como sobre la aplicabilidad de estos modelos en diversos contextos clínicos. A su vez, la implementación de tratamientos eficaces continúa enfrentando importantes desafíos metodológicos y prácticos, lo que refuerza la necesidad de desarrollar protocolos de evaluación e intervención fundamentados en evidencia empírica sólida y sensible a las condiciones clínicas reales.

### ***Desafíos metodológicos en la intervención neuropsicológica de los problemas de lectura***

Uno de los principales desafíos en el abordaje clínico de la dislexia radica en la dificultad para definir con precisión el trastorno, lo cual da lugar a una población extremadamente heterogénea en términos de perfiles cognitivos, manifestaciones clínicas y trayectorias evolutivas. Esta heterogeneidad complica tanto el diseño de intervenciones eficaces como la evaluación de sus resultados, limitando la posibilidad de establecer

protocolos estandarizados que definan con claridad los criterios de efectividad de las intervenciones neuropsicológicas.

A pesar de que la Neuropsicología dispone de marcos conceptuales relativamente consistentes, persiste una notable variabilidad en los métodos de evaluación y en la implementación de estrategias terapéuticas. Esta situación dificulta la comparación entre investigaciones y obstaculiza la validación sistemática de los tratamientos, contribuyendo a la ya documentada crisis de replicabilidad que afecta a las ciencias psicológicas. La falta de criterios consensuados y de estándares claramente definidos genera incertidumbre tanto en los profesionales como en los pacientes, destacando la necesidad urgente de construir marcos de referencia comunes basados en evidencia empírica sólida.

Desde esta perspectiva, la Neuropsicología adquiere un lugar relevante en el análisis clínico de los problemas de lectura, en tanto se inscribe dentro del campo de las ciencias cognitivas y comparte con el modelo biomédico el objetivo de fundamentar la práctica clínica en conocimiento empírico y sistemático. Este enfoque ofrece herramientas conceptuales y técnicas que permiten describir, evaluar e intervenir sobre dificultades lectoras mediante la construcción de perfiles cognitivos individualizados.

Sin embargo, es importante subrayar que la Neuropsicología no está necesariamente en mejores condiciones que otros enfoques para producir protocolos clínicos validados. Su potencial en este terreno deriva del hecho de que es, hasta ahora, el único marco teórico dentro de la psicología que asume como parte de su agenda disciplinar el compromiso con el desarrollo de procedimientos sistematizables, en sintonía con la lógica técnico-científica del modelo biomédico. Por ello, su capacidad de generar protocolos no debe interpretarse como una superioridad epistemológica, sino

como una consecuencia de su alineación con principios de estandarización, replicabilidad y evaluación rigurosa de la eficacia. En este sentido, aporta coherencia epistémica y metodológica para evaluar críticamente los criterios que orientan la intervención clínica, buscando articular el conocimiento científico con el juicio clínico y las particularidades del contexto.

Además, si bien debe reconocerse que las neurociencias no describen una realidad objetiva y definitiva, sino que formulan hipótesis basadas en evidencia indirecta, los modelos que proponen resultan útiles para orientar prácticas clínicas fundamentadas. La Neuropsicología, al centrarse en la articulación entre procesos cognitivos, conducta y contexto, ofrece un enfoque capaz de abordar la heterogeneidad del fenómeno lector, favoreciendo la construcción de perfiles funcionales específicos para cada paciente.

Este encuadre permite no solo una descripción más precisa de las manifestaciones clínicas de los problemas de lectura, sino también el diseño de protocolos de evaluación e intervención que se basan tanto en el conocimiento del sistema nervioso central como en la evidencia empírica disponible (Feinberg & Farah, 2018).

El diagnóstico neuropsicológico se sustenta en una evaluación clínica integral que contempla la anamnesis, la valoración del nivel intelectual general, pruebas específicas de lectura y escritura, así como la evaluación de funciones ejecutivas, atencionales y fonológicas, a fin de construir un perfil individualizado (Shaywitz & Shaywitz, 2008; Jiménez, 2012), es decir que permite seleccionar instrumentos diagnósticos confiables y culturalmente pertinentes, lo que contribuye al desarrollo de prácticas clínicas más ajustadas, eficaces y situadas (González & Riquelme, 2015).

***Tensiones conceptuales y críticas al modelo tradicional de dislexia***

Julian G. Elliott (2020) plantea una revisión crítica del constructo de dislexia, centrada en los problemas conceptuales y prácticos que surgen al intentar definirla como una entidad diagnóstica clara y operativa. Desde su perspectiva, el término ha sido utilizado de manera ambigua y variable, sin criterios uniformes entre profesionales ni coherencia en su aplicación clínica. Esta falta de consenso no solo dificulta la acumulación de conocimiento empírico riguroso, sino que también genera serias limitaciones metodológicas para la investigación y la intervención educativa.

Elliott (2020) sostiene que la dislexia no puede ser entendida como una entidad discreta ni como una condición que se distinga claramente de otras dificultades lectoras, dado que los criterios diagnósticos actuales son inconsistentes, dependientes del contexto y, muchas veces, determinados por el acceso diferencial a evaluaciones psicopedagógicas especializadas. En este sentido, denuncia que el uso del diagnóstico puede favorecer a ciertos sectores sociales con mayores recursos, reproduciendo inequidades educativas y dejando fuera del sistema de apoyos a niños con dificultades igualmente significativas, pero no rotulados bajo el mismo término.

Frente a esta situación, el autor propone abandonar la distinción tajante entre “disléxicos” y otros lectores con bajo rendimiento, y sugiere adoptar modelos de intervención más inclusivos y continuos, como el enfoque de Respuesta a la Intervención (RTI). Este modelo prioriza la intervención temprana y el seguimiento del progreso, sin requerir necesariamente un diagnóstico formal para iniciar el acompañamiento pedagógico.

La construcción de protocolos de intervención no puede separarse de una comprensión profunda del fenómeno clínico que buscan abordar. Por ello, este trabajo

incluye la caracterización de los problemas de aprendizaje en lectoescritura a partir del análisis de entrevistas con profesionales de salud y del material cualitativo aportado por otros investigadores del equipo en el ámbito escolar. Esta estrategia permite incorporar una mirada integral que contemple tanto los criterios metodológicos como las condiciones reales de aparición y atención del problema.

#### 4. Institución

La institución objeto de este análisis corresponde a un centro de atención en salud de mediana envergadura, especializado en el abordaje interdisciplinario de trastornos neurológicos y neuropsicológicos. Fundada en el año 2013, ha logrado consolidarse como un referente regional en el campo de las Neurociencias clínicas, destacándose por su enfoque integral, su compromiso con la actualización científica y su capacidad de innovación terapéutica. Su localización en un entorno urbano facilita el acceso de una amplia población, al tiempo que favorece la articulación con otros dispositivos del sistema de salud.

El modelo de atención que desarrolla esta institución se basa en la integración de diversas disciplinas médicas y terapéuticas, entre las que se incluyen Neurología, Psiquiatría, Fisiatría, Neuropsicología, Neurokinesiología y Neurofonoaudiología. Esta perspectiva interdisciplinaria permite construir procesos diagnósticos y de intervención altamente personalizados, orientados a una comprensión holística de las condiciones clínicas de cada paciente. Asimismo, el equipo profesional se encuentra en permanente actualización, lo que asegura la implementación de prácticas basadas en la evidencia y el acceso a los tratamientos más recientes a nivel internacional.

Entre sus principales áreas de especialización se destacan la Neuropsicología y la Neurorehabilitación, especialmente en lo referido al diagnóstico y tratamiento de trastornos del neurodesarrollo como la Dislexia y el TDAH. La evaluación neurocognitiva se desarrolla mediante protocolos sistemáticos y herramientas estandarizadas, que permiten construir perfiles neuropsicológicos detallados. Estos perfiles constituyen la

base para el diseño de estrategias terapéuticas ajustadas a las particularidades cognitivas, emocionales y contextuales de cada paciente.

A su vez, la institución posee un marcado compromiso con la comunidad y con la formación continua. En este sentido, lleva adelante actividades de orientación a familias, así como programas de capacitación dirigidos a profesionales del ámbito sanitario y educativo. También implementa acciones destinadas a la promoción del bienestar cognitivo y emocional en entornos laborales, contribuyendo a una comprensión ampliada de la salud mental en diversos contextos.

Una de las principales fortalezas de este centro radica en su capacidad para producir diagnósticos integrales y planes de intervención de alta precisión, resultado de un trabajo articulado entre profesionales de distintas disciplinas. Este abordaje se fundamenta tanto en el conocimiento científico actualizado como en una práctica clínica sensible a las necesidades individuales, lo que posiciona a la institución como un actor relevante dentro del campo de la neurociencia clínica aplicada.

En suma, se trata de una institución que encarna un modelo de atención interdisciplinaria, caracterizado por el rigor científico, la innovación en los métodos de evaluación e intervención, y un fuerte compromiso con la mejora continua de la calidad de vida de las personas que presentan alteraciones en el funcionamiento neurocognitivo.

Esta institución ha sido seleccionada como caso de estudio por su desarrollo de protocolos de evaluación neuropsicológica sistematizados, lo cual permite analizar criterios de rigurosidad metodológica en la práctica.

## 5. Objetivos

### *Objetivo general*

Definir criterios que orienten una práctica clínica confiable y situada para el abordaje de los problemas de aprendizaje en lectura, desde un diálogo crítico con los objetivos de la MBE y los aportes de la Neuropsicología clínica.

### *Objetivos específicos*

1. Caracterizar los problemas de aprendizaje en lectura que se presentan en contextos escolares y clínicos, atendiendo a su manifestación, diversidad y condiciones institucionales.
2. Describir las estrategias de evaluación e intervención utilizadas en la institución seleccionada, relevando criterios clínicos actuales y lógicas de abordaje.
3. Analizar los objetivos y fundamentos de la MBE, identificando sus implicancias clínicas y epistemológicas.
4. Explorar los puntos de convergencia y tensión entre los principios de la MBE y las características de la práctica psicológica clínica.
5. Diseñar una propuesta de intervención institucional que permita compartir y reflexionar críticamente sobre los criterios que podrían orientar una práctica clínica informada por evidencia en el abordaje de dificultades lectoras.

## 6. Justificación

La importancia de contar con protocolos de intervención rigurosos en Psicología no solo responde a una demanda científica, sino también ética y social. En este contexto, resulta imprescindible examinar el grado de fundamentación teórica y metodológica de las investigaciones que abordan este trastorno.

Diversos estudios han intentado establecer modelos explicativos y estrategias de intervención basadas en correlatos neurocognitivos del trastorno, como los trabajos de Shaywitz & Shaywitz (2008), quienes identifican patrones de activación cerebral atípicos vinculados al procesamiento fonológico, o los aportes de Jiménez (2012) respecto a la evaluación e intervención desde un enfoque psicopedagógico y neuropsicológico integrado. Asimismo, revisiones sistemáticas como la de Galuschka et al. (2014) han señalado las limitaciones metodológicas y la escasa replicabilidad en muchas investigaciones, reforzando la necesidad de contar con protocolos estandarizados y rigurosos. En este marco, la articulación entre la PBE y la Neuropsicología se presenta como un camino fértil para alcanzar una comprensión más precisa de los criterios utilizados en los estudios actuales, favoreciendo así el desarrollo de prácticas más replicables, eficientes y contextualizadas. Con ello, se busca fortalecer tanto la calidad científica como la relevancia práctica de la Psicología como disciplina aplicada.

### ***Justificación institucional de la propuesta de intervención***

Durante las entrevistas realizadas a la licenciada en Psicología especialista en neuropsicología clínica e integrante del equipo interdisciplinario del centro clínico seleccionado, se identificó una necesidad institucional concreta vinculada al abordaje de la dislexia. Si bien el equipo cuenta con procedimientos establecidos para el diagnóstico

diferencial del trastorno específico del aprendizaje con dificultad en lectura, la profesional señaló que actualmente no se dispone de un protocolo formalizado y sistematizado de intervención clínica posterior al diagnóstico.

En ese sentido, la licenciada expresó el interés del equipo en desarrollar un protocolo específico de intervención en dislexia, orientado por criterios de fundamentación teórica, evidencia empírica y aplicabilidad clínica. La posibilidad de articular esta necesidad institucional con esta tesis, fue planteada como una oportunidad de producción conjunta, situada y contextualizada, que no solo responda a estándares de rigurosidad metodológica, sino también a las condiciones reales de implementación en el ámbito clínico.

Este planteo refuerza la pertinencia del Objetivo Específico 5 de este trabajo, que propone diseñar una propuesta de intervención institucional que permita compartir y reflexionar críticamente sobre los criterios que podrían orientar una práctica clínica informada por evidencia en el abordaje de dificultades lectoras. La presente tesis busca, en ese marco, constituirse como un aporte que dialogue con las demandas del equipo clínico, promoviendo la construcción de herramientas conceptuales y operativas para una psicología clínica fundamentada, confiable y situada.

## 7. Marco Teórico

### 7.1. La crisis de replicabilidad en la ciencia en general y en Psicología

El artículo de Monya Baker, *1,500 scientists lift the lid on reproducibility* (2016), presenta los resultados de una encuesta realizada a 1.576 investigadores sobre la reproducibilidad en la ciencia. Más del 70% de los encuestados intentaron y no lograron reproducir experimentos de otros científicos, y más de la mitad no pudieron reproducir sus propios experimentos. Aunque el 52% reconoció una "crisis" de reproducibilidad, menos del 31% consideró que la imposibilidad de reproducir resultados publicados indica que probablemente son incorrectos. El estudio también reveló que el 73% de los participantes confiaba en que al menos la mitad de los artículos en su campo eran confiables. Además, se identificaron factores que contribuyen a la falta de reproducibilidad, como la presión por publicar, el informe selectivo, la falta de replicación en el laboratorio, la supervisión deficiente y el bajo poder estadístico. Para mejorar la reproducibilidad, los investigadores sugirieron enfoques como un diseño experimental más robusto, mejores estadísticas y una mejor mentoría. (Baker, 2016).

Por su parte, en los últimos años, la Psicología como disciplina científica ha atravesado lo que se ha denominado una crisis de replicabilidad, es decir, una creciente preocupación respecto a la posibilidad de replicar los resultados de estudios previos de manera consistente y fiable. Este fenómeno ha impulsado un debate metodológico profundo en la comunidad científica y ha puesto en evidencia prácticas cuestionables que comprometen la validez y la robustez de la investigación psicológica.

Una de las investigaciones más influyentes en este sentido es el trabajo de la Open Science Collaboration (2015), que se propuso replicar 100 estudios publicados en revistas

de alto impacto dentro del campo de la Psicología experimental y social. Los resultados fueron contundentes: mientras que el 97% de los estudios originales habían reportado resultados estadísticamente significativos, solo el 36% de las réplicas alcanzaron el mismo nivel de significación. Además, los tamaños del efecto replicado fueron, en promedio, más pequeños que los originales, lo que sugiere una sobreestimación de los hallazgos iniciales.

Este estudio reveló varios problemas estructurales en la investigación psicológica contemporánea. Entre los factores más relevantes se encuentran el uso de muestras pequeñas, la práctica del *p-hacking*, es decir manipulación o selección de datos hasta alcanzar significación estadística, la falta de pre-registro de hipótesis y métodos, y la escasa transparencia en la publicación de datos y análisis. Todos estos elementos han contribuido a inflar los resultados positivos y a dificultar la validación de los hallazgos mediante replicación.

Como consecuencia, se ha generado un llamado colectivo a la adopción de estándares más rigurosos y transparentes en la producción de conocimiento científico dentro de la Psicología. Este impulso ha dado lugar a iniciativas como el movimiento por la Ciencia Abierta (Open Science), que promueve prácticas como el acceso abierto a datos y materiales, el pre-registro de estudios y el fomento de la replicación como parte esencial del proceso científico.

En este contexto, el desarrollo de protocolos de intervención rigurosos cobra especial relevancia, particularmente en áreas sensibles como los trastornos del aprendizaje. Establecer criterios de validez metodológica, diagnóstica y ética es

fundamental para garantizar que las intervenciones y conclusiones sean replicables, eficaces y basadas en evidencia científica sólida.

## 7.2. **Medicina Basada en la Evidencia (MBE)**

Tal como lo plantea uno de los padres fundadores de la Medicina Basada en la Evidencia, David Sackett (1996), este enfoque consiste en aplicar, de forma cuidadosa, clara y razonada, la mejor información científica disponible al momento de tomar decisiones sobre la atención de cada paciente. Implica una integración entre la experiencia clínica del profesional y la evidencia científica obtenida a partir de investigaciones rigurosas.

Aunque en la práctica contemporánea la MBE suele asociarse a la aplicación de tratamientos estandarizados, la propuesta original no implicaba la sustitución del juicio clínico, sino su integración con la mejor evidencia disponible. En este sentido, el juicio clínico no desaparece, sino que se convierte en la herramienta central para interpretar, adaptar y aplicar esa evidencia en función de las características, valores y necesidades del paciente. Es el profesional quien, en el cruce entre la ciencia y la singularidad clínica, toma decisiones fundamentadas. Así, el juicio clínico, en el marco de la MBE, no se opone a la estandarización, sino que garantiza su uso ético, flexible y contextualizado.

La experiencia clínica hace referencia a la habilidad y el juicio que el profesional desarrolla a lo largo de su práctica, lo cual se traduce en una mayor precisión diagnóstica y en la capacidad de tomar decisiones más reflexivas, humanas y adaptadas a las necesidades, derechos y preferencias de cada paciente.

Por otro lado, la evidencia externa hace alusión a la información científica relevante, proveniente tanto de las ciencias básicas como de estudios clínicos centrados en el paciente. Estos estudios permiten evaluar la precisión de los diagnósticos, la capacidad de los marcadores pronósticos, así como la eficacia y seguridad de tratamientos, intervenciones preventivas y rehabilitadoras. Este tipo de evidencia tiene la capacidad de cuestionar y reemplazar prácticas previamente aceptadas, introduciendo métodos más actualizados, efectivos, seguros y fundamentados (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). No obstante, este modelo ideal ha enfrentado serias dificultades en su aplicación clínica cotidiana.

Con el paso del tiempo y ante las dificultades reales para contar con una producción científica confiable y accesible, la implementación de la MBE ha tendido en muchos casos a transformarse. En lugar de mantener el equilibrio propuesto entre juicio clínico y evidencia científica, se observa una deriva hacia la estandarización técnica, en la que el profesional queda reducido al rol de ejecutor de protocolos predefinidos. Esta transformación responde, en parte, a la necesidad de garantizar prácticas seguras y efectivas en contextos de alta demanda y control institucional, pero también ha sido criticada por diluir la capacidad de razonamiento clínico y desplazar el compromiso ético que implica la toma de decisiones contextualizadas (Greenhalgh, Howick & Maskrey, 2014).

Así, en algunos escenarios, el juicio clínico —que en el modelo original era central— se ve reemplazado por la obligación de seguir procedimientos estructurados, disminuyendo la posibilidad de adaptación singular y reflexión profesional. Esta deriva tecnocrática ha sido señalada como un desvío respecto de los principios fundacionales del

movimiento, en los cuales el juicio profesional debía apoyarse en evidencia confiable, sin ser desplazado por ella. Tal como advierten Greenhalgh et al. (2014), el exceso de confianza en algoritmos y guías puede socavar la autonomía clínica e incluso empobrecer la atención individualizada.

En la jerarquía tradicional de la MBE, los ensayos clínicos aleatorizados (RCTs por sus siglas en inglés Randomized Clinical Trials) y las revisiones sistemáticas ocupan el nivel más alto de evidencia, mientras que los estudios observacionales o estudios de caso ofrecen evidencia de nivel inferior (Guyatt et al., 2008). Estas tensiones entre estandarización y juicio clínico resultan especialmente relevantes para la psicología, donde las condiciones de intervención exigen una reflexión crítica sobre los modos en que puede construirse una práctica informada por evidencia sin perder de vista su dimensión subjetiva, contextual y ética.

Por su parte, Worrall (2007), advierte que el principio de que la medicina debería basarse en evidencia empírica rigurosa es incuestionable; sin embargo, su implementación concreta presenta problemas metodológicos no menores. Worrall cuestiona críticamente la posición privilegiada que los ensayos clínicos aleatorizados han ocupado en el paradigma de la MBE, proponiendo una revisión más matizada de sus alcances y límites. Esta perspectiva tiende a subestimar el juicio clínico y a ignorar el valor del conocimiento contextual, generando tensiones entre la validez estadística y la aplicabilidad individualizada de las intervenciones. Tales tensiones son aún más marcadas en disciplinas como la psicología, donde la estandarización de protocolos puede desdibujar la complejidad del objeto clínico y limitar el ejercicio profesional reflexivo.

**Tabla 1***Cuatro argumentos típicos a favor de los RCTs (y sus debilidades)*

Argumento común	Descripción	Crítica de Worrall
1. Fundamento estadístico	Fisher argumenta que la aleatorización justifica el uso de pruebas estadísticas	Requiere supuestos adicionales; no protege frente a sesgos no conocidos
2. Control de factores de confusión	Supone que la aleatorización balancea todas las variables	Esto no se garantiza en la práctica: un solo reparto aleatorio no asegura equilibrio
3. Prevención del sesgo de selección	Impide que el investigador elija a qué grupo va cada paciente	Es cierto, pero puede lograrse también con asignación ciega no aleatoria
4. Evidencia metaanalítica	Los estudios observacionales tienden a sobreestimar efectos	Hay estudios observacionales modernos que igualan o superan en solidez a los RCTs

### 7.3. **Psicología Basada en la Evidencia (PBE)**

La PBE surge como una respuesta a la necesidad de elevar la calidad y eficacia de las intervenciones psicológicas, siguiendo el modelo instaurado previamente en el campo de la medicina. Según la definición propuesta por la American Psychological Association (APA, 2006), la PBE se entiende como la integración de tres componentes fundamentales: la mejor evidencia científica disponible, la experiencia clínica del profesional, y las características, valores, cultura y preferencias del paciente. Este enfoque busca garantizar una atención psicológica más efectiva, ética y centrada en el individuo, promoviendo decisiones clínicas fundamentadas en hallazgos empíricos sólidos y no únicamente en la tradición o intuición profesional.

En su documento “Evidence-Based Practice in Psychology: A Definition and Conceptual Framework”, la APA argumenta que la PBE no implica una aplicación rígida de protocolos, sino una adaptación dinámica del conocimiento científico a cada contexto

clínico particular. De este modo, se reconoce la importancia del juicio clínico, es decir las habilidades del terapeuta en la formulación de casos, el establecimiento de la alianza terapéutica, y la elección o modificación de técnicas basadas en las características específicas de cada paciente.

Asimismo, el artículo destaca que el uso de la PBE contribuye directamente a mejorar la salud pública, al establecer estándares que promueven la transparencia metodológica, la rendición de cuentas, y la mejora continua de las prácticas psicológicas. En este sentido, la APA enfatiza la necesidad de adoptar diseños de investigación rigurosos, como ensayos controlados aleatorios, revisiones sistemáticas y metaanálisis, como herramientas clave para determinar la eficacia de los tratamientos y orientar la práctica profesional (APA, 2006).

En investigación, este enfoque implica una planificación cuidadosa de los diseños, la elección de instrumentos válidos y confiables, y la transparencia metodológica (Sampieri, Fernandez Collado & Baptista Lucio, 2014)

La PBE se presenta como un enfoque metodológico cuyo objetivo es validar intervenciones y teorías sustentadas en evidencia empírica que demuestre su eficacia. Este modelo adopta el método científico característico de disciplinas que han logrado comprobar sus hipótesis mediante procedimientos experimentales controlados. Inspirada en la medicina, especialmente en la metodología empleada en ensayos clínicos con medicamentos (Ver Tabla 4.), la PBE enfrenta como principal desafío la amplia diversidad y complejidad que caracteriza al objeto de estudio en psicología. El propósito principal de las prácticas psicológicas basadas en evidencia es emplear la evidencia

científica más confiable, combinando los resultados de la investigación básica y aplicada con la experiencia del profesional, para ofrecer la mejor atención posible a los pacientes.

La exigencia de replicabilidad y estandarización, centrales en la MBE, se enfrenta en psicología con la necesidad de construir intervenciones rigurosas, pero también sensibles a la singularidad de cada caso y a las condiciones institucionales reales. Por ello, resulta necesario revisar críticamente los supuestos del modelo médico y explorar qué aspectos de su propuesta pueden ser adaptados o reformulados para orientar prácticas confiables en el campo psicológico.

#### 7.4. **Enfoques de los problemas de lectura desde los modelos cognitivos**

Los modelos cognitivos proporcionan una estructura teórica para comprender los problemas de lectura, los cuales son vistos como dificultades específicas en los procesos mentales subyacentes a esta habilidad. En lugar de abordar la lectura como un fenómeno único y global, los modelos cognitivos descomponen este proceso en etapas o componentes individuales, tales como la percepción visual de las letras, la conversión de grafemas a fonemas, la recuperación de palabras desde la memoria léxica y, finalmente, la comprensión semántica del texto.

Desde esta perspectiva, los problemas de lectura, se entienden como déficits en alguna de estas etapas del procesamiento. Los enfoques más relevantes incluyen:

**Modelo de doble ruta para la lectura (Coltheart et al., 2001):** plantea que existen dos mecanismos principales para acceder al significado de una palabra escrita:

**Ruta fonológica o subléxica:** Permite la conversión de letras en sonidos y es esencial para leer palabras nuevas o pseudopalabras.

**Ruta léxica:** Se activa para reconocer palabras conocidas de manera global, directamente desde la memoria visual.

Intervenciones basadas en este modelo incluyen el entrenamiento diferenciado según la ruta afectada. Para la ruta fonológica, se recomienda el uso de pseudopalabras, actividades de correspondencia grafema-fonema y apoyo multisensorial (Snowling & Hulme, 2012). Para fortalecer la ruta léxica, se emplean estrategias como la lectura repetida de palabras frecuentes, tarjetas visuales y tareas de reconocimiento rápido. Estas intervenciones permiten una atención focalizada en la naturaleza del déficit lector.

**Modelo de déficit fonológico (Snowling, 2000):** Este modelo sugiere que muchas dificultades de lectura están relacionadas con un déficit en la conciencia fonológica, es decir, en la capacidad para identificar y manipular los sonidos del lenguaje. Dado que la conciencia fonológica es fundamental para aprender la correspondencia grafema-fonema, un déficit en este componente afecta gravemente la capacidad de los niños para aprender a leer. Este enfoque subraya la importancia de trabajar en el desarrollo de la conciencia fonológica como base para mejorar las habilidades lectoras en niños con dislexia.

Las intervenciones asociadas se centran en desarrollar la conciencia fonológica mediante actividades de segmentación silábica, juegos de rimas, aliteraciones y ejercicios de sustitución fonémica (Ehri et al., 2001). Asimismo, se recomienda el uso de programas estructurados como *Jolly Phonics* o *Phonographix*, que combinan instrucción explícita con práctica multisensorial. En casos severos, el trabajo conjunto con fonoaudiólogos permite abordar alteraciones fonológicas desde un enfoque clínico-lingüístico.

**Modelo de procesamiento múltiple:** Según este modelo, los problemas de lectura pueden surgir debido a deficiencias en varios sistemas cognitivos, como la

memoria de trabajo verbal, la velocidad de procesamiento o la atención. Esto implica que los problemas no necesariamente se deben a una única alteración, sino que pueden ser causados por dificultades en múltiples aspectos del procesamiento cognitivo. Este enfoque es particularmente útil para comprender los problemas de aprendizaje de lectoescritura desde una perspectiva más holística, ya que reconoce que diferentes factores pueden contribuir a las dificultades lectoras, lo que permite un enfoque de intervención más integral y personalizado.

Las intervenciones derivadas de este enfoque son más amplias y personalizadas. Por ejemplo, para trabajar la memoria de trabajo verbal se utilizan tareas de repetición secuencial, juegos de seguimiento de instrucciones y programas de entrenamiento cognitivo como *Cogmed* (Holmes et al., 2009). Para la velocidad de procesamiento, se aplican ejercicios cronometrados de lectura y tareas de nombramiento rápido automatizado (RAN). En cuanto a la atención, pueden emplearse estrategias de organización del entorno, rutinas estructuradas y prácticas de atención plena (*mindfulness*) en el aula.

**Aportes de modelos conexionistas:** Modelos más recientes, como el modelo conexionista de Seidenberg y McClelland (1989), ofrecen una alternativa integradora a los modelos de rutas. Estos modelos suponen que la lectura se produce a través de redes neuronales interconectadas que activan simultáneamente patrones ortográficos, fonológicos y semánticos. La lectura no se divide en rutas separadas, sino que emerge del aprendizaje basado en la experiencia.

Desde esta perspectiva, las intervenciones se enfocan en proporcionar una exposición rica y variada al lenguaje escrito, combinando lectura en contexto, trabajo con

significado y práctica fonológica, lo cual permite fortalecer múltiples conexiones de manera simultánea (Nation, 2017).

### 7.5. **Neurociencia Cognitiva**

Uno de los antecedentes fundacionales de la hipótesis neurobiológica de la dislexia proviene de los trabajos de Galaburda y Kemper (1979), quienes identificaron alteraciones anatómicas y de conectividad en regiones vinculadas al lenguaje y la decodificación del texto escrito. Estos hallazgos, derivados de estudios post-mortem, dieron origen a la conceptualización de la dislexia como un trastorno del neurodesarrollo, en tanto evidenciaban anomalías en los procesos de migración neuronal que afectan áreas clave para el procesamiento del lenguaje escrito.

Investigaciones neuropsicológicas más recientes han retomado y fortalecido esta hipótesis, proponiendo que la dislexia constituye un trastorno con base neurobiológica que afecta la lectura y el procesamiento fonológico. Desde la década de 1990, los avances en neurociencias cognitivas han permitido profundizar esta línea a través de estudios que identifican diferencias funcionales en regiones cerebrales como el giro angular, el giro supramarginal, el área de Broca y sectores del lóbulo temporal izquierdo (Shaywitz & Shaywitz, 2008; Pugh et al., 2000).

Estos hallazgos, que provienen en su mayoría de estudios con diseños correlacionales, utilizan neuroimágenes funcionales como la resonancia magnética funcional (fMRI) y la tomografía por emisión de positrones (PET), estructurales como la resonancia magnética (MRI), así como técnicas de electrofisiología como la electroencefalografía (EEG) y la magnetoencefalografía (MEG), para identificar asociaciones entre la activación cerebral y el desempeño en tareas de lectura o

procesamiento fonológico. Sin embargo, estas relaciones no deben interpretarse como pruebas concluyentes de causalidad, dado que requieren una interpretación crítica en contextos clínicos diversos.

## 7.6. Teorías explicativas de la dislexia desde la Neurociencia Cognitiva

### *Teoría fonológica*

Esta teoría sostiene que la dislexia se origina en un déficit en el procesamiento fonológico del lenguaje, es decir, en la capacidad para identificar, manipular y recordar los sonidos del habla. Numerosos estudios han demostrado que este déficit predice con alta precisión las dificultades en la lectura y escritura (Melby-Lervåg et al., 2012). Además, intervenciones que abordan específicamente la conciencia fonológica han mostrado ser las más efectivas para mejorar las habilidades lectoras en personas con dislexia (Galuschka et al., 2014).

### *Teoría del déficit en el procesamiento auditivo rápido*

Esta perspectiva propone que las dificultades lectoras en la dislexia se deben a una alteración en la capacidad para procesar estímulos auditivos rápidos, lo que afecta la discriminación de fonemas y la conciencia fonológica. Estudios recientes han identificado anomalías en la corteza auditiva y en el tálamo, estructuras clave en el procesamiento temporal de los sonidos (Tallal et al., 1993). Sin embargo, investigaciones más recientes han cuestionado la relación directa entre el procesamiento auditivo rápido y las dificultades lectoras, sugiriendo que otros factores cognitivos podrían estar involucrados (Qi et al., 2024).

### *Teoría visual*

Según esta teoría, la dislexia se relaciona con un déficit en el sistema visual, específicamente en la vía magnocelular, encargada del procesamiento de información visual rápida. Esto puede manifestarse en dificultades para realizar movimientos oculares coordinados durante la lectura y en problemas para mantener la atención visual en el texto (Stein & Walsh, 1997). Estudios recientes han proporcionado evidencia de alteraciones en la subdivisión magnocelular del tálamo visual en personas con dislexia, lo que respalda esta teoría (Kraus et al., 2024).

### ***Teoría cerebelosa o hipótesis del déficit en automatización***

Esta hipótesis sugiere que la dislexia está asociada con un funcionamiento anómalo del cerebelo, estructura cerebral implicada en la automatización de habilidades motoras y cognitivas. El cerebelo juega un papel crucial en la adquisición de habilidades lectoras automáticas, como la correspondencia grafema-fonema (Nicolson & Fawcett, 1999). Sin embargo, investigaciones recientes han cuestionado la relación entre las anomalías cerebelosas y las dificultades lectoras, sugiriendo que otros factores podrían estar involucrados (Feng et al., 2024).

### ***Teoría magnocelular***

Esta teoría integra aspectos de las anteriores, proponiendo que la dislexia se debe a un déficit en el sistema magnocelular, que afecta tanto al procesamiento auditivo como visual de información temporal rápida. Se ha observado que las personas con dislexia presentan dificultades en la discriminación de sonidos y en la percepción visual del movimiento, lo que impacta negativamente en la lectura (Stein & Walsh, 1997). Estudios recientes han proporcionado evidencia de alteraciones en la subdivisión magnocelular del tálamo visual en personas con dislexia, lo que respalda esta teoría (Kraus et al., 2024).

### 7.7. **Dislexia y base genética: aportes y límites desde la Neurociencia Cognitiva**

Diversos estudios dentro del campo de la Neurociencia Cognitiva han explorado la posible base genética de la dislexia, a partir de evidencias obtenidas en investigaciones con gemelos, estudios familiares y análisis genéticos moleculares. La literatura científica sostiene que la dislexia del desarrollo presenta una heredabilidad moderada a alta, estimada entre el 40 % y el 70 % (Olson et al., 2011). Esta evidencia se apoya en estudios que muestran una mayor prevalencia del trastorno en niños con antecedentes familiares, particularmente si uno de los progenitores ha sido diagnosticado con dislexia (Pennington & Lefly, 2001).

En el plano molecular, se han identificado algunos genes candidatos que podrían estar implicados en los procesos neurobiológicos relacionados con el aprendizaje de la lectura. Entre ellos se destacan DYX1C1, DCDC2, KIAA0319 y ROBO1, vinculados al desarrollo cerebral, la migración neuronal y la estructuración de las redes cerebrales responsables del procesamiento fonológico y visual del lenguaje escrito. No obstante, ninguno de estos genes actúa de manera determinante ni suficiente por sí solo. La dislexia se considera una condición poligénica y multifactorial, es decir, determinada por la acción conjunta de múltiples genes de pequeño efecto en interacción con factores del entorno.

En este sentido, se subraya la importancia del modelo de interacción gen-ambiente, donde las condiciones educativas, el contexto sociofamiliar, la instrucción escolar y el acceso temprano a intervenciones cumplen un papel modulador clave en la manifestación del trastorno (Snowling & Melby-Lervåg, 2016). La presencia de una predisposición genética no garantiza por sí sola la aparición de dificultades lectoras, sino

que configura una vulnerabilidad que puede o no expresarse clínicamente según las condiciones del entorno.

A pesar de los avances, los marcadores genéticos identificados no permiten hoy realizar un diagnóstico clínico confiable de dislexia. La evaluación sigue dependiendo de indicadores funcionales del desempeño lector, y no de pruebas biológicas o genéticas. En este marco, varios autores han advertido sobre los riesgos de una interpretación reduccionista de estos hallazgos. La biologización del fracaso escolar puede desviar la atención de factores pedagógicos y sociales fundamentales para comprender y abordar las dificultades lectoras (Elliott & Grigorenko, 2014).

#### **7.8. Prevalencia de la dislexia: estimaciones y consideraciones críticas**

La dislexia es uno de los trastornos del aprendizaje más estudiados a nivel internacional. Las estimaciones epidemiológicas varían en función de los criterios diagnósticos, las metodologías utilizadas y las características sociodemográficas de las poblaciones evaluadas. A nivel global, se estima que entre el 5 % y el 10 % de la población escolar presenta dislexia del desarrollo, aunque algunas investigaciones amplían el rango hasta el 15 %, especialmente cuando se incluyen formas leves o no diagnosticadas (Peterson & Pennington, 2015).

En contextos donde existen sistemas de detección más temprana y protocolos estandarizados, como en Estados Unidos, el Reino Unido o Finlandia, la prevalencia oscila entre el 7 % y el 10 %, según los datos reportados por organismos especializados (IDA, 2019). En América Latina, la falta de estudios poblacionales amplios dificulta una estimación precisa. Sin embargo, investigaciones locales en países como Argentina, Chile y México sugieren tasas similares, aunque con mayores dificultades en la identificación

temprana, especialmente en sectores con alta vulnerabilidad educativa (Bailone, 2020; Jiménez & Venegas, 2004).

Cabe señalar que la prevalencia varía según el idioma y la ortografía del sistema lingüístico. Idiomas como el español o el italiano, con ortografías más transparentes (relación consistente entre grafemas y fonemas), tienden a mostrar una menor incidencia de dislexia severa, aunque las dificultades lectoras no desaparecen. En contraste, idiomas como el inglés, con ortografía opaca, presentan tasas más altas de errores persistentes en la decodificación (Ziegler & Goswami, 2005).

Además, la prevalencia puede estar subestimada en poblaciones donde el acceso a la evaluación especializada es limitado o donde las dificultades lectoras son atribuidas a factores contextuales como la mala enseñanza, el desinterés escolar o la desatención, sin indagar adecuadamente la dimensión neurocognitiva del problema.

## 7.9. Diagnóstico psiquiátrico en Dislexia

### *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*

En los manuales diagnósticos más utilizados en el ámbito clínico, la dislexia no aparece como un diagnóstico independiente, sino como una manifestación específica dentro de categorías más amplias.

En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), la dislexia se incluye dentro de la categoría de "Trastorno Específico del Aprendizaje" (TEA), bajo el especificador "con dificultades en la lectura". Este trastorno se define por la presencia de dificultades persistentes en al menos una de las áreas académicas clave (lectura, escritura, matemática), que:

- Persiste por al menos 6 meses a pesar de intervenciones dirigidas.
- Interfiere significativamente con el desempeño académico, laboral o en la vida diaria.
- No se explica mejor por otras condiciones (discapacidad intelectual, déficit sensorial, trastornos neurológicos, instrucción inadecuada).

La dislexia, si bien no figura como categoría autónoma, puede mencionarse clínicamente como especificador, reconociendo su uso extendido en ámbitos educativos y clínicos. El DSM-5 reconoce la naturaleza neurobiológica del trastorno, aunque no define marcadores biológicos específicos.

Críticas y vacíos:

- El DSM-5 no proporciona criterios operativos diferenciados para subtipos de dislexia (ej., fonológica vs. superficial).
- No se considera el rol de factores contextuales y educativos en la manifestación del trastorno.
- Se omite la inclusión de herramientas neuropsicológicas específicas para evaluar correlatos cognitivos del problema, lo cual sería valioso en un enfoque interdisciplinario.

### ***Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)***

La CIE-11 (OMS, 2019) clasifica la dislexia en el código 6A03.0 – Trastorno del desarrollo de la lectura, dentro de los trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar. Se describe como una alteración específica y persistente en el desarrollo de las habilidades

lectoras (precisión, fluidez, comprensión), sin que pueda atribuirse a un entorno educativo inadecuado, discapacidad intelectual o déficits sensoriales.

La CIE-11 reconoce explícitamente a la dislexia como una forma específica del trastorno del neurodesarrollo, lo que permite distinguirla más claramente de otros trastornos del aprendizaje, como la discalculia o el trastorno de la expresión escrita.

Críticas y vacíos:

- Aunque la CIE-11 da mayor visibilidad al término "dislexia", aún carece de criterios clínicos detallados para su diagnóstico diferencial.
- No especifica indicadores precisos para cuantificar la severidad ni orientaciones para guiar el diseño de intervenciones basadas en perfiles cognitivos.
- Podría beneficiarse de la inclusión de criterios neurocognitivos o conductuales más operativos, basados en evidencia empírica acumulada (como déficit fonológico, velocidad de nombramiento o memoria verbal de trabajo).

#### 7.10. **Criterios escolares de identificación de problemas de lectura**

Si bien los manuales diagnósticos y la literatura científica proponen criterios específicos para el diagnóstico de dislexia, en la práctica institucional estos criterios son frecuentemente sustituidos o complementados por interpretaciones locales. Un relevamiento de entrevistas a profesionales de escuelas cordobesas muestra que el problema lector es identificado, en general, por la comparación con el desempeño esperado para el grado, la falta de progreso con intervenciones escolares y la sospecha de desatención o desinterés. Estos criterios, aunque clínicamente imprecisos, activan procesos de derivación que muchas veces desembocan en diagnósticos clínicos sin evaluación diferenciada. La ausencia de referencias a marcadores neurocognitivos o

perfiles de lectura sugiere una zona de vacancia diagnóstica y un desfase entre el saber clínico y la interpretación escolar del problema.

**Tabla 2**

*Criterios escolares de identificación de problemas de lectura.*

Criterios identificados	Frecuencia aproximada	Observaciones
Bajo rendimiento en lengua y lectura	Alta	Criterio central para la derivación
Lectura silábica poco fluida o sin comprensión	Alta	Asociado a la sospecha de 'dislexia'
Inversión de letras o alteración en el orden de las letras	Media	Mencionado en contextos específicos
Dificultades para copiar, organizar y producir textos	Media	Ligado a dificultades de planificación y escritura
Retrasos en la adquisición de la lectoescritura	Alta	Usado como indicio inicial en nivel primario
Escasa respuesta a apoyos pedagógicos escolares	Media	Se convierte en argumento para derivar
Problemas de atención y concentración	Media	Frecuente pero no siempre vinculado a lectura
Baja motivación o desinterés por la lectura	Media	Interpretado a veces como problema emocional
Necesidad de diagnóstico para adaptar estrategias escolares	Media	Condición para implementar adecuaciones escolares
Referencia a informes o diagnósticos clínicos previos	Media	Pocas veces se menciona la evaluación neurocognitiva

### 7.11. **International Dyslexia Association (IDA)**

La hipótesis sostenida por la International Dyslexia Association (IDA) concibe la dislexia como un trastorno específico del aprendizaje, de probable origen neurológico, que afecta principalmente las áreas del cerebro encargadas del procesamiento del lenguaje. Según esta perspectiva, las dificultades lectoras características de la dislexia derivarían de un déficit en el componente fonológico del lenguaje, es decir, en la capacidad para identificar y manipular los sonidos del habla. Este déficit se manifiesta en dificultades para el reconocimiento preciso y fluido de palabras, así como en la ortografía y la decodificación de textos, y suele aparecer de manera inesperada en relación con otras habilidades cognitivas preservadas y una instrucción escolar adecuada (International Dyslexia Association, 2019).

Un aspecto central de esta hipótesis es la disociación entre las dificultades lectoras y la inteligencia general, ya que las personas con dislexia presentan un cociente intelectual dentro del rango normal o incluso superior al promedio. Esta discrepancia ha sido considerada un criterio diagnóstico relevante. Además, desde esta perspectiva, se enfatiza que la mayoría de los niños con dislexia pueden alcanzar el éxito académico si se implementan intervenciones tempranas, tutorías especializadas o programas educativos basados en evidencia científica (International Dyslexia Association, 2019).

### 7.12. **Crítica a las clasificaciones psiquiátricas en dislexia**

En línea con una lectura crítica de las clasificaciones diagnósticas, es relevante incorporar el planteo de Pérez Álvarez (2010), quien advierte que muchas categorías diagnósticas en psicología y psiquiatría responden más a acuerdos convencionales que a descubrimientos científicos verificables. Así, términos como “dislexia” deben ser

comprendidos como construcciones teóricas útiles, pero no necesariamente como entidades naturales con sustento biológico. Este enfoque permite tomar distancia de interpretaciones reduccionistas y promover una mirada más integral y contextualizada del trastorno.

#### 7.13. **Ley Nacional 27.306**

En Argentina, la Ley Nacional 27.306, sancionada en 2016, establece un marco legal para el abordaje integral de las Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA), como la dislexia, la disgrafía y la discalculia, reconociéndolas como alteraciones neurobiológicas que afectan los procesos cognitivos vinculados a la lectura, escritura y cálculo. Esta ley busca garantizar el derecho a la educación de las personas afectadas por estas dificultades, promoviendo la detección temprana, la intervención interdisciplinaria y la inclusión escolar. A través de la reglamentación de la ley en 2018, se incorporan las DEA al Programa Médico Obligatorio (PMO), lo que asegura su cobertura por parte de los servicios de salud, sin la necesidad de un certificado de discapacidad. Además, se establecen adaptaciones curriculares, como la priorización de la oralidad y la ampliación de tiempos en evaluaciones, y se implementa un sistema de capacitación docente para el tratamiento adecuado de estas condiciones. No obstante, la implementación efectiva de la ley depende de la adhesión de cada provincia, lo que ha generado disparidades en su aplicación a nivel nacional.

#### 7.14. **Marcadores neurocognitivos: evidencias y controversias**

En las últimas décadas, se han investigado diversos marcadores neurocognitivos asociados a la dislexia, con el fin de comprender sus bases funcionales y mejorar tanto la evaluación como la intervención. Entre los más estudiados se encuentran la conciencia

fonológica, la velocidad de denominación automática, la memoria de trabajo verbal y el procesamiento ortográfico (Shaywitz & Shaywitz, 2008; Ramus & Szenkovits, 2008).

Estos marcadores han demostrado cierto valor predictivo, especialmente en estudios longitudinales, permitiendo identificar con antelación perfiles de riesgo para dificultades lectoras. No obstante, presentan importantes desafíos metodológicos y conceptuales. Por un lado, no todos los niños con dislexia manifiestan los mismos déficits, lo cual sugiere una heterogeneidad en los perfiles cognitivos asociados al trastorno (Pennington, 2006). Por otro lado, si bien algunos de estos indicadores, como la conciencia fonológica o la velocidad de denominación, muestran correlación con dificultades en el aprendizaje de la lectura, no deben interpretarse como marcadores neurológicos específicos de la dislexia. En otras palabras, su presencia no constituye evidencia directa de una alteración neurobiológica subyacente, sino que deben entenderse como señales funcionales útiles para el diagnóstico clínico y educativo. Asumirlos como evidencia concluyente de la hipótesis neurocognitiva podría llevar a una sobreinterpretación del constructo (Elliott & Grigorenko, 2014). Por ello, es fundamental evaluar críticamente la robustez empírica de estos indicadores, así como su utilidad práctica, sin perder de vista sus limitaciones teóricas y diagnósticas.

Desde una perspectiva epistemológica crítica, es pertinente considerar que la presencia de correlatos neuropsicológicos o neurobiológicos no constituye en sí misma evidencia de una causa orgánica del trastorno. Tal como plantea Pérez Álvarez (2004), muchos de los supuestos "marcadores cerebrales" que se invocan en psicología carecen de una validación empírica sólida y tienden a confundirse con correlaciones circunstanciales. En este marco, los marcadores cognitivos asociados a la dislexia, si bien

pueden tener valor predictivo y utilidad clínica, no deberían interpretarse como pruebas de una etiología neurológica concluyente.

#### 7.15. **Screening neurocognitivo en dislexia**

El screening neurocognitivo constituye una herramienta clave dentro de los enfoques preventivos para la detección temprana de dificultades lectoras, especialmente en relación con la dislexia del desarrollo. A diferencia de una evaluación diagnóstica exhaustiva, el screening tiene un carácter exploratorio, breve y orientado a la identificación de perfiles de riesgo. Su propósito no es confirmar un diagnóstico, sino alertar sobre la posible presencia de indicadores cognitivos que justifiquen una evaluación más profunda y una intervención temprana (Snowling, 2000; Torgesen, 2000).

Este tipo de tamizaje se basa en la evaluación de habilidades neurocognitivas fundamentales para el aprendizaje de la lectura, entre las que se destacan:

**Conciencia fonológica:** Capacidad para identificar y manipular conscientemente los sonidos del lenguaje. Es considerada uno de los predictores más sólidos de dificultades en la adquisición de la lectura (Melby-Lervåg, Lyster & Hulme, 2012).

**Velocidad de denominación automática (RAN):** Rapidez con la que un individuo puede nombrar estímulos visuales familiares (como colores, letras o números). Su bajo rendimiento se ha asociado consistentemente con problemas en la fluidez lectora (Wolf & Bowers, 1999).

**Memoria de trabajo verbal:** Capacidad para mantener y manipular información verbal de forma activa. Resulta crucial en tareas de decodificación y comprensión lectora (Swanson, Zheng & Jerman, 2009).

**Procesamiento auditivo y secuencial:** Procesos básicos para la discriminación fonológica y la integración temporal de estímulos verbales.

**Procesamiento ortográfico:** Habilidad para reconocer patrones visuales de las palabras escritas, indispensable para el desarrollo de la ruta léxica.

Diversos estudios han demostrado que una evaluación temprana de estos dominios puede predecir con alta precisión el riesgo de presentar dislexia, especialmente entre los 5 y 7 años de edad (Snowling, 2000; Torgesen, 2000). Instrumentos como el DIBELS (Dynamic Indicators of Basic Early Literacy Skills) o subtests seleccionados de baterías neuropsicológicas como NEPSY-II han sido utilizados con éxito en contextos clínicos y educativos para esta finalidad.

La información obtenida mediante el screening no solo orienta hacia una evaluación diagnóstica más focalizada, sino que también permite implementar intervenciones específicas ajustadas al perfil cognitivo del estudiante.

#### 7.16. **Batería Mini Dislex**

En el contexto latinoamericano, y particularmente en Argentina, Julieta Bailone (2020) desarrolló la batería Mini Dislex, una herramienta diseñada para la detección temprana del riesgo de dislexia en el ámbito escolar. Esta batería evalúa competencias consideradas fundamentales en la literatura internacional como marcadores neurocognitivos relevantes para la dislexia: conciencia fonológica, denominación automática rápida, memoria de trabajo verbal y repetición de pseudopalabras. Su aplicación está orientada a niños que ingresan al primer grado de la educación primaria,

con el propósito de identificar precozmente indicadores de riesgo antes de que se manifiesten de manera consolidada las dificultades en lectura y escritura.

Uno de los aportes más significativos del instrumento es la validación de su capacidad predictiva. Mediante un estudio longitudinal, Bailone demostró que los puntajes bajos en la batería durante el inicio del primer grado se correlacionaban significativamente con dificultades lectoescritoras observadas al finalizar el segundo grado. Este hallazgo refuerza el valor preventivo de la batería, tanto en el plano clínico como educativo.

Asimismo, se destaca su diseño adaptado al sistema educativo argentino, lo que la convierte en una herramienta culturalmente pertinente y operativamente viable en distintos tipos de instituciones, tanto públicas como privadas. Esta contextualización representa un avance en el desarrollo de instrumentos neuropsicológicos localmente validados, favoreciendo la articulación entre la investigación científica y la práctica pedagógica real, y promoviendo una detección temprana más accesible y eficaz.

#### **7.17. Evaluación neurocognitiva en dislexia**

La evaluación neurocognitiva constituye una herramienta fundamental para el diagnóstico y la comprensión integral de la dislexia, ya que permite identificar no solo las dificultades en lectura y escritura, sino también los procesos cognitivos subyacentes que podrían estar comprometidos. Desde el enfoque de la Neuropsicología clínica, el objetivo principal de esta evaluación es construir un perfil cognitivo individualizado, que oriente la intervención de forma precisa y basada en evidencia (Jiménez, 2012; González & Riquelme, 2015).

Los principales dominios evaluados en el contexto de la dislexia incluyen:

1. **Conciencia fonológica:** Capacidad para identificar, segmentar y manipular los sonidos del habla. Es uno de los marcadores más consistentes del riesgo lector (Shaywitz & Shaywitz, 2008; Ramus & Szenkovits, 2008).
2. **Velocidad de denominación automática (RAN):** Tiempo que tarda el individuo en nombrar estímulos familiares (números, colores, letras), reflejando la eficiencia en la recuperación léxica y la integración visual-verbal.
3. **Memoria de trabajo verbal:** Especialmente la memoria fonológica a corto plazo, crucial para la adquisición de vocabulario y la decodificación (Baddeley, 2003).
4. **Procesamiento ortográfico:** Capacidad para reconocer patrones ortográficos comunes y diferenciar palabras reales de pseudopalabras.
5. **Funciones ejecutivas y atención:** Incluyendo inhibición, planificación, flexibilidad cognitiva y atención sostenida, en tanto impactan en el rendimiento lector y la autorregulación del aprendizaje (Gioia et al., 2000).

El proceso evaluativo implica la aplicación de baterías neuropsicológicas estandarizadas adaptadas a la edad, cultura y nivel educativo del niño. Algunas de las herramientas más utilizadas en el ámbito hispanohablante incluyen la Batería PROLEC-R, el WISC-V, la NEPSY-II, el Test de Stroop, el TMT, y pruebas específicas de conciencia fonológica y pseudopalabras. En el contexto argentino, destaca también la batería Mini Dislex desarrollada por Julieta Bailone (2020), especialmente diseñada para la detección temprana de riesgo disléxico en niños de primer grado.

Además, es fundamental que la evaluación incluya una anamnesis clínica completa, información escolar y familiar, así como observación conductual, para contextualizar los resultados en el entorno sociocultural y educativo del niño. Esta perspectiva integradora evita interpretaciones reduccionistas y permite identificar posibles comorbilidades, como TDAH, disgrafía o discalculia, que pueden coexistir con la dislexia y afectar su abordaje clínico (Pennington, 2006; Elliott & Grigorenko, 2014).

#### 7.18. **Intervención en dislexia**

Desde la Neuropsicología, las intervenciones se diseñan a partir de evaluaciones detalladas que permiten construir un perfil neurocognitivo del paciente, abordando no solo los déficits lingüísticos, sino también factores asociados como la memoria de trabajo, la atención sostenida, las funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento (Jiménez, 2012; González & Riquelme, 2015). Este enfoque permite implementar estrategias más precisas y ajustadas a las características cognitivas de cada niño.

Uno de los principales objetivos de la intervención es fortalecer las habilidades fonológicas, dado que la dislexia se asocia, en la mayoría de los casos, con un déficit en el procesamiento fonológico (Shaywitz & Shaywitz, 2008). Programas como Phonographix, Orton-Gillingham o Léelo bien, adaptado al contexto hispanohablante, han mostrado resultados positivos al centrarse en la correspondencia grafema-fonema, la conciencia fonológica y la automatización de la lectura.

Actualmente, se reconoce que las intervenciones eficaces deben ser tempranas, intensivas, sistemáticas y adaptadas al perfil individual del estudiante (Torgesen, 2002; Snowling & Hulme, 2012).

Asimismo, se ha subrayado la importancia de incluir a la familia y la escuela como agentes activos en el proceso terapéutico. La articulación entre profesionales clínicos, docentes y cuidadores es clave para garantizar la transferencia de los aprendizajes adquiridos en contextos terapéuticos hacia situaciones académicas reales (Snowling, 2013).

En cuanto a la innovación tecnológica, se han desarrollado programas digitales y videojuegos educativos como herramientas complementarias. Algunos de ellos incorporan realidad virtual o interfaces lúdicas para fomentar la motivación y la repetición sin fatiga, aunque su efectividad todavía se encuentra en evaluación (Fraga González et al., 2021).

#### **7.19. Hacia la estandarización en psicología clínica: aprendizajes desde los protocolos biomédicos**

Si bien la neuropsicología ha avanzado en la descripción y tratamiento de trastornos del aprendizaje como la dislexia, persisten importantes limitaciones en términos de estandarización de los protocolos clínicos. En comparación, otras áreas de la salud, como la farmacología, han desarrollado sistemas rigurosos de validación que incluyen fases predefinidas, grupos control, y evaluaciones sistemáticas de eficacia y seguridad (González & Riquelme, 2015; Open Science Collaboration, 2015).

En los ensayos clínicos para nuevos fármacos, se sigue un proceso escalonado que abarca desde pruebas en laboratorio hasta estudios multicéntricos aleatorizados y doble ciego, con evaluación de efectos adversos y seguimiento postcomercialización. Este modelo, aunque no directamente replicable en psicología, establece un estándar deseable en cuanto a la calidad metodológica y replicabilidad (Ioannidis, 2005).

En cambio, los protocolos de intervención en dislexia suelen ser más heterogéneos, con una fuerte dependencia del criterio clínico individual, escasa sistematización de las etapas y ausencia de lineamientos regulatorios estandarizados. Esta falta de rigor dificulta la comparación entre estudios, compromete la validación empírica y obstaculiza la implementación de prácticas verdaderamente basadas en evidencia (Elliott, 2020; Shaywitz & Shaywitz, 2008).

Por ello, resulta pertinente revisar críticamente los modelos biomédicos como fuente de inspiración para avanzar hacia una psicología clínica más metodológicamente robusta, donde los protocolos de intervención puedan ser evaluados, replicados y ajustados en función de criterios de efectividad y contexto.

No obstante, Worrall (2007) advierte que existen tratamientos cuya eficacia es ampliamente reconocida, a pesar de no haber sido sometidos a RCTs. Ejemplos como el uso de aspirina para el dolor de cabeza, los diuréticos en casos de insuficiencia cardíaca o la apendicectomía, muestran que en ciertas situaciones el beneficio clínico es tan evidente que la realización de un RCT resultaría éticamente inadmisibles. A partir de estos casos, el autor concluye que una evidencia sólida puede surgir también de diseños no experimentales, siempre que el efecto observado sea claro, consistente y clínicamente significativo.

Por otro lado, Worrall señala que, si bien los RCTs están diseñados para equilibrar factores conocidos y desconocidos entre los grupos de estudio, la aleatorización no garantiza automáticamente dicho equilibrio. Persisten riesgos de desequilibrios iniciales, sesgos de asignación y variables no detectadas que pueden afectar los resultados. En este sentido, un único procedimiento de aleatorización no necesariamente supera en

confiabilidad a un estudio observacional rigurosamente diseñado. De ello se desprende que la aleatorización no constituye una protección infalible contra el sesgo, y que los RCTs deben ser cuidadosamente planificados, ejecutados y siempre complementados con un análisis crítico e integral de sus resultados.

#### **7.20. Comparación entre Protocolos de Intervención en Dislexia y Protocolos de Ensayos Clínicos**

La intervención en dislexia, al igual que otras áreas de la salud, enfrenta el desafío de establecer prácticas basadas en evidencia que aseguren su eficacia y replicabilidad. En este sentido, resulta pertinente comparar los protocolos de intervención en dislexia con los protocolos utilizados en ensayos clínicos de nuevos medicamentos, dado que estos últimos han sido desarrollados bajo estrictos estándares metodológicos que garantizan la validez y confiabilidad de los resultados.

##### ***Protocolos en Ensayos Clínicos***

Los ensayos clínicos de nuevos medicamentos se rigen por protocolos detallados que incluyen:

- Diseño del estudio: especificación de objetivos, hipótesis, criterios de inclusión y exclusión, y métodos estadísticos.
- Evaluación de eficacia y seguridad: definición de endpoints primarios y secundarios, así como la monitorización de efectos adversos.
- Cumplimiento de normativas éticas y regulatorias: adherencia a las Buenas Prácticas Clínicas (BPC), directrices de la FDA y la EMA, y principios éticos

establecidos en la Declaración de Helsinki (International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use, ICH, 2016; World Medical Association, 2013).

Estos protocolos son fundamentales para asegurar la integridad de los datos y la protección de los participantes, permitiendo la aprobación de nuevos tratamientos por parte de las autoridades sanitarias (Kola & Landis, 2004).

### ***Protocolos en Intervención en Dislexia***

En contraste, los protocolos de intervención en dislexia presentan una variabilidad considerable en su diseño y aplicación. Aunque existen marcos teóricos sólidos desde la neuropsicología y la psicología basada en la evidencia, la implementación práctica de estos protocolos a menudo carece de estandarización. Las intervenciones pueden variar en:

- Enfoques terapéuticos: diversidad de métodos utilizados sin una guía unificada (Snowling, 2000).
- Instrumentos de evaluación: uso de herramientas no siempre validadas o adaptadas culturalmente (Lyon, Shaywitz, & Shaywitz, 2003).
- Duración y frecuencia de las sesiones: falta de consenso sobre la duración óptima de los tratamientos (Torgesen, 2006).
- Seguimiento y evaluación de resultados: si bien existen esfuerzos puntuales, todavía se observa una limitada implementación de dispositivos sistemáticos para monitorear la eficacia a largo plazo, lo que en muchos casos responde a

limitaciones coyunturales de tipo institucional, presupuestario o metodológico más que a una imposibilidad técnica (González & Riquelme, 2015).

Esta falta de estandarización dificulta la comparación entre estudios y la generalización de los resultados, limitando el avance en el campo de la intervención en dislexia.

### **Tabla 3**

*Comparación entre Protocolos de Intervención en Dislexia y Protocolos de Ensayos Clínicos. Coincidencias.*

Coincidencias	
Ámbito común	Detalle
Necesidad de evidencia empírica	Ambos requieren evidencia sólida que justifique su eficacia y seguridad antes de aplicarse masivamente.
Diseño sistemático del protocolo	Tanto en farmacología como en psicología clínica, los protocolos deben definir claramente objetivos, etapas, criterios de inclusión/exclusión y métodos.
Evaluación de resultados	Se utilizan instrumentos de medición predefinidos (tests clínicos, pruebas neuropsicológicas, escalas de observación, etc.) para evaluar resultados.
Ética e integridad científica	Ambos deben pasar por comités de ética, asegurar el consentimiento informado y resguardar la confidencialidad de los participantes.
Replicabilidad esperada	Los resultados deberían ser replicables por otros equipos o en diferentes contextos, si se siguen los mismos protocolos.
Seguimiento de efectos adversos o no esperados	Aunque en dislexia no se habla de efectos adversos en sentido médico, sí se monitorean efectos no deseados o ineficacia.

**Tabla 4**

*Comparación entre Protocolos de Intervención en Dislexia y Protocolos de Ensayos Clínicos. Diferencias.*

Diferencias		
Tema	Protocolos farmacológicos	Protocolos en dislexia
Nivel de estandarización	Muy alto. Las fases (I a IV) son obligatorias, con requisitos regulatorios estrictos (FDA, EMA, ANMAT).	Bajo a moderado. No existen organismos regulatorios equivalentes en psicología. Muchos protocolos son adaptados o desarrollados ad hoc.
Objetividad de resultados	Predominan medidas biomédicas objetivas: efectos fisiológicos, concentración plasmática, eventos adversos.	Alta subjetividad. Se trabaja con constructos complejos (lectura, atención, fonología), difícilmente medibles con precisión unívoca.
Diseño experimental	Ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego, con control placebo como estándar.	Poco frecuente. En dislexia predominan estudios cuasi-experimentales o estudios de caso. El uso de grupo control o doble ciego es raro.
Regulación externa	Obligatoria. No se aprueba una droga sin pasar por organismos regulatorios internacionales.	No hay regulación internacional ni nacional uniforme para tratamientos en dislexia. La práctica depende del profesional o institución.
Costo y financiación	Altamente financiados por laboratorios, con millones de dólares invertidos.	Recursos escasos. Suelen realizarse con fondos académicos, instituciones clínicas o de forma privada.
Homogeneidad de la muestra	Se trabaja con criterios muy estrictos de inclusión/exclusión para controlar variables.	Se enfrenta a gran heterogeneidad de casos (comorbilidades, contexto social, educativo, etc.). Difícil controlar variables.

### 7.21. **Protocolos en Psicología Clínica: posibilidades, límites y fundamentos**

A partir de lo expuesto, surge la necesidad de examinar críticamente la viabilidad y el alcance de la construcción de protocolos en psicología clínica, especialmente en un campo tan complejo como el de las dificultades de aprendizaje. Este análisis requiere considerar tanto las particularidades epistemológicas de la disciplina como las condiciones prácticas de su aplicación.

La idea de construir protocolos en psicología clínica, especialmente en el ámbito de las dificultades de aprendizaje como la dislexia, plantea un conjunto de tensiones teóricas y metodológicas que no pueden ser soslayadas. A diferencia de las disciplinas biomédicas, donde los protocolos se fundamentan en leyes fisiológicas relativamente estables y replicables, la psicología opera sobre fenómenos que no pueden ser reducidos a mecanismos biológicos ni entendidos fuera de su contexto interpersonal, histórico y cultural.

Marino Pérez Álvarez (2008, 2012) critica la traslación directa del modelo médico a la psicología, señalando que los “trastornos mentales” no son enfermedades naturales, sino construcciones diagnósticas sustentadas en acuerdos teóricos, históricos e institucionales. Desde esta perspectiva, la dislexia debe entenderse como una hipótesis interpretativa y no como una entidad clínica cerrada, lo que implica que los protocolos de intervención deben construirse desde una comprensión situada, evitando modelos universales y rígidos.

Esto no implica, sin embargo, renunciar a la aspiración de rigor en la práctica clínica. Por el contrario, como sostiene el propio Pérez Álvarez (2012), es necesario construir una psicología científica que asuma su especificidad como ciencia de la

subjetividad. En este marco, los protocolos pueden entenderse no como recetas estandarizadas, sino como dispositivos clínicos que organizan la intervención de forma sistemática, integrando evidencia empírica, juicio profesional y las particularidades del caso.

La Psicología Basada en la Evidencia (APA, 2006) respalda esta postura al definir su práctica en términos de la articulación entre la mejor evidencia disponible, la experiencia clínica del profesional y las características, valores y contexto del consultante. Desde esta perspectiva, la protocolización no busca eliminar la variabilidad de la práctica psicológica, sino ofrecer marcos orientadores que puedan ser adaptados responsablemente a cada situación.

El presente trabajo parte de la convicción de que es posible —y necesario— construir protocolos en psicología clínica que favorezcan la sistematización, la replicabilidad y la evaluación crítica de las intervenciones. Sin embargo, esta tarea exige reconocer que dichos protocolos deben ser flexibles, culturalmente pertinentes y atentos a las particularidades del entorno institucional y del sujeto. El desafío, entonces, no es replicar el modelo biomédico, sino desarrollar una práctica clínica rigurosa que, en lugar de clausurar la complejidad, sepa operar en ella con fundamentos sólidos y conciencia crítica.

#### **7.22. ¿Es posible una Psicología Basada en la Evidencia? Tensiones, límites y criterios situados desde la neuropsicología clínica.**

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) surgió como respuesta a la crisis de confiabilidad científica, proponiendo decisiones clínicas sustentadas en la mejor evidencia disponible, integradas con la experiencia profesional y las preferencias del

paciente (Sackett et al., 1996). Su propósito inicial fue reducir la variabilidad en la práctica médica y garantizar una atención más segura y estandarizada. Sin embargo, con el tiempo derivó en una versión más tecnocrática, donde el juicio clínico quedó subordinado a la aplicación rígida de protocolos, limitando la función interpretativa y adaptativa del profesional (Greenhalgh et al., 2014).

En psicología, aunque se comparte la necesidad de prácticas fundamentadas, los problemas de intervención no pueden equipararse a los médicos, ya que se definen por fenómenos intersubjetivos, sociales y simbólicos, y no por alteraciones fisiológicas mensurables (Greenhalgh et al., 2014). En este escenario, la neuropsicología, situada en la intersección entre las neurociencias y la clínica, representa un espacio productivo para abordar esta tensión. No porque suponga una versión superior de la psicología, sino porque asume compromisos metodológicos —evaluabilidad, sistematicidad y fundamentación empírica— que permiten discutir criterios de validez sin perder de vista la complejidad del fenómeno clínico. De este modo, la neuropsicología puede funcionar como un laboratorio conceptual para explorar cómo construir una psicología basada en evidencia, sin necesidad de replicar acríticamente los modelos biomédicos.

Desde esta perspectiva, una Psicología Basada en la Evidencia requiere desarrollar sus propios criterios de confiabilidad, tales como:

- Transparencia metodológica.
- Claridad conceptual en la formulación del problema.
- Coherencia entre objetivos, evaluación y técnicas.
- Fundamentación empírica flexible (no necesariamente experimental).

- Articulación entre juicio clínico, conocimiento científico y condiciones del contexto.

Como plantea Pérez Álvarez (2012), la objetividad en psicología no se alcanza por estandarización, sino por reflexividad crítica sobre las prácticas, los conceptos y los efectos de nuestras intervenciones. Los protocolos, en este marco, no deben ser moldes fijos sino dispositivos orientadores, que se adaptan a cada situación clínica con criterios de consistencia interna, pertinencia contextual y sensibilidad ética.

### 7.23. **Caracterización del problema desde los discursos escolares**

A partir del relevamiento de entrevistas realizadas por estudiantes del Seminario Final de Psicología en instituciones educativas de nivel primario de la Ciudad de Córdoba, se recogen diversas representaciones, prácticas e intervenciones vinculadas a las dificultades en el aprendizaje de la lectura. Si bien el concepto de dislexia no aparece formalmente como categoría diagnóstica en los discursos institucionales, se reconocen manifestaciones consistentes con las denominadas dificultades específicas del aprendizaje, particularmente en el dominio lector.

Uno de los hallazgos más reiterados es la función central de la observación docente como primer dispositivo de detección. Las maestras suelen identificar dificultades cuando observan frustración reiterada, bajo desempeño en lectura oral o comprensión lectora, conductas de evitación, o desorganización en la escritura. Frente a esto, se activa una red de consultas internas que puede involucrar al equipo directivo, gabinete psicopedagógico o referentes externos.

Los criterios clínicos que subyacen a estas decisiones son en su mayoría implícitos y heterogéneos. Las entrevistas muestran una tensión entre el uso de estrategias centradas en la fonología (conciencia fonémica, correspondencia grafema-fonema, repetición de pseudopalabras) y abordajes más constructivistas, que buscan preservar el sentido y la motivación por la lectura. En este sentido, la dislexia aparece más como una conjetura funcional que como un diagnóstico estructurado.

La articulación con profesionales externos (fonoaudiólogos/as, psicopedagogos/as, psicólogos/as) es frecuente, aunque muchas veces se expresa la dificultad para integrar estos aportes en la práctica pedagógica cotidiana. A nivel institucional, se valora la presencia de "parejas pedagógicas" (dos docentes por aula) y estrategias adaptativas como el trabajo oral, el uso de apoyos visuales y la adecuación de consignas.

Desde una perspectiva clínica ampliada, emergen criterios indirectos de abordaje: acompañamiento emocional, regulación de la frustración, normalización del error, fortalecimiento de la autoestima. La dislexia, o los problemas de lectura, aparecen íntimamente entrelazados con factores contextuales como el uso de tecnologías, los estímulos acelerados, y la participación desigual de las familias.

En síntesis, las entrevistas muestran que el abordaje de las dificultades lectoras se construye de manera situada, con criterios clínicos implícitos, sin protocolos estandarizados, pero con alta sensibilidad pedagógica. Este panorama confirma la necesidad de desarrollar criterios compartidos que orienten las prácticas institucionales, sin perder de vista la complejidad subjetiva y contextual del problema.

## 8. Metodología

El presente trabajo se inscribe en un enfoque cualitativo, exploratorio y crítico, orientado a analizar las condiciones de posibilidad para una práctica psicológica clínica informada por evidencia en el abordaje de las dificultades lectoras. El estudio busca comprender, desde una perspectiva situada, los marcos teóricos, criterios institucionales y fundamentos metodológicos que orientan la intervención clínica en dislexia, en diálogo con los principios de la MBE y la Neuropsicología clínica.

### **Diseño del estudio**

Se adopta un diseño de estudio de caso único instrumental (Stake, 1995), centrado en una institución clínica especializada en neuropsicología y neurorehabilitación. Esta institución ha sido seleccionada por su trayectoria en la sistematización de protocolos de evaluación e intervención en dificultades del aprendizaje, lo cual permite problematizar empíricamente los criterios de rigurosidad metodológica desde una práctica clínica real.

### **Fuentes y técnicas de recolección de información**

El análisis se basa en las siguientes fuentes:

- Revisión documental de bibliografía científica nacional e internacional sobre dislexia, PBE, protocolos clínicos y modelos de evaluación/intervención.
- Relevamiento de entrevistas preexistentes realizadas por el equipo de investigación a docentes de escuelas cordobesas (aportadas en instancias anteriores del seminario).

### **Técnicas de análisis**

El procesamiento de la información se realizó mediante análisis de contenido temático (Bardin, 2002), orientado a identificar:

- Criterios clínicos utilizados en la institución.
- Tensiones entre fundamentos teóricos y decisiones prácticas.
- Convergencias y divergencias entre modelos de intervención en dislexia.
- Condiciones institucionales y epistemológicas que inciden en la práctica basada en evidencia.

Este análisis fue guiado por categorías emergentes del trabajo de campo, en diálogo con categorías conceptuales provenientes de la literatura (MBE, PBE, modelos cognitivos y neuropsicológicos, etc.).

### **Criterios éticos**

El estudio no implicó intervención directa con pacientes, ni aplicación de instrumentos clínicos. El trabajo se realizó en el marco de las actividades de formación y supervisión de la tesista, con consentimiento verbal de la institución y anonimato en el tratamiento de la información. Se respetaron principios de confidencialidad y resguardo de la identidad tanto de los profesionales como de los centros educativos aludidos.

### **Limitaciones**

La investigación no pretende establecer generalizaciones ni evaluar resultados terapéuticos, sino más bien explorar críticamente los criterios de fundamentación que subyacen a la práctica clínica en un caso institucional concreto. La ausencia de entrevistas

propias y de un seguimiento longitudinal constituyen limitaciones deliberadas, dado el carácter teórico-reflexivo del trabajo.

## 9. Plan de trabajo

### **Actividades preparatorias para la intervención institucional**

A continuación se detallan las actividades previstas para alcanzar los objetivos de la intervención, articuladas con los objetivos específicos de la tesis.

#### 9.1. **Actividades correspondientes al Objetivo Específico 1**

*Caracterizar los problemas de aprendizaje en lectura que se presentan en contextos escolares y clínicos, atendiendo a su manifestación, diversidad y condiciones institucionales.*

Para alcanzar este objetivo, se desarrolló un abordaje cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas, recurso metodológico ampliamente utilizado en investigación clínica y educativa por su flexibilidad y confiabilidad (Kvale, 2011). Se trabajó con un corpus de 18 entrevistas realizadas a actores clave del sistema educativo y clínico en la provincia de Córdoba, incluyendo docentes de distintos niveles, directivos, psicopedagogas, profesionales médicos, especialistas clínicos y estudiantes con diagnóstico de dislexia. Dichas entrevistas fueron analizadas mediante técnicas de análisis de contenido temático, método de análisis cualitativo reconocido por su rigurosidad y replicabilidad (Bardin, 2002), lo que permitió identificar patrones de manifestación de las dificultades lectoras, circuitos institucionales de detección y respuesta, condiciones estructurales que inciden en el abordaje, y tensiones en torno al uso y función del diagnóstico.

En segundo lugar, se realizaron dos entrevistas en profundidad a una neuropsicóloga clínica del centro objeto de estudio, que permitió reconstruir los criterios

clínicos que orientan el proceso diagnóstico de dislexia en el ámbito interdisciplinario. Esta información fue triangulada con el análisis crítico de dos protocolos diagnósticos utilizados en escuelas y clínicas (PRODISLEX y PROLEXIA), a fin de evaluar su fundamentación, estructura, alcance y limitaciones.

- PRODISLEX (observación escolar), útil para sistematizar observaciones en aula, aunque no sustituye una evaluación clínica. En cuanto a su validez, este instrumento está diseñado en España, validado para contextos educativos, sensibilidad para detección inicial (Jiménez, 2012).
- PROLEXIA (clínico, detección temprana y diagnóstica), presenta fundamentos psicométricos consistentes y estudios de validación en población infantil (Prolexia, s.f.).

Finalmente, se realizó una síntesis comparativa e integradora de todos los hallazgos, la cual fue organizada y redactada en el capítulo analítico correspondiente, permitiendo comprender de manera situada la heterogeneidad de las prácticas de diagnóstico y los modos en que se manifiestan y abordan los problemas de lectura en los distintos contextos.

## 9.2. **Actividades correspondientes al Objetivo Específico 2**

*Describir las estrategias de evaluación e intervención utilizadas en la institución seleccionada, relevando criterios clínicos actuales y lógicas de abordaje.*

Como punto de partida, se realizaron dos entrevistas semiestructuradas (Kvale, 2011) en profundidad a una psicóloga especializada en neuropsicología clínica e integrante del equipo profesional del centro clínico seleccionado. Estas entrevistas

permitieron reconstruir las principales estrategias de evaluación e intervención implementadas institucionalmente frente a casos de dificultades lectoras, así como los criterios clínicos que orientan el diagnóstico, la articulación interdisciplinaria, y las decisiones terapéuticas. La profesional brindó, además, una reflexión crítica sobre el uso de protocolos, la necesidad de contextualizar la evidencia, y las tensiones entre estandarización y singularidad clínica.

### 9.3. **Actividades correspondientes al Objetivo Específico 3**

*Analizar los objetivos y fundamentos de la MBE, identificando sus implicancias clínicas y epistemológicas.*

Para cumplir con este objetivo, el instrumento que se utilizó fue una revisión bibliográfica teórico-conceptual, garantizando validez de contenido al basarse en criterios sistemáticos de búsqueda y selección de fuentes en bases académicas reconocidas. La misma fue orientada a reconstruir el surgimiento, evolución y críticas al movimiento de MBE. Esta revisión incluyó textos fundacionales del paradigma, artículos críticos provenientes de la epistemología, la medicina social y la psicología clínica y la función de los protocolos en las ciencias aplicadas.

Esta discusión fue desarrollada en el marco teórico de la tesis, y constituye la base crítica para pensar los límites y posibilidades de una práctica clínica psicológica informada por evidencia.

### 9.4. **Actividades correspondientes al Objetivo Específico 4**

*Explorar los puntos de convergencia y tensión entre los principios de la MBE y las características de la práctica psicológica clínica.*

La relación entre la MBE y la práctica psicológica clínica constituye uno de los ejes centrales del presente trabajo. Mientras que la MBE propone la toma de decisiones clínicas sobre la base de la mejor evidencia empírica disponible, priorizando jerarquías metodológicas (ensayos controlados, metaanálisis, guías clínicas), la psicología clínica se constituye como una práctica contextual, dialógica e interpretativa, cuyo objeto, el sufrimiento psíquico, no siempre se ajusta a la lógica de estandarización y replicabilidad que demanda la MBE.

Para explorar estos puntos de convergencia y tensión, se desarrolló una estrategia metodológica de articulación entre dos instrumentos: por un lado, la revisión bibliográfica crítica, que permitió analizar los fundamentos epistemológicos y políticos del movimiento de la MBE y su expansión hacia el campo psicológico (PBE) y sus principales críticas en el campo clínico, ético y subjetivante; y por otro lado, la sistematización de la entrevista semiestructurada al profesional del equipo clínico, que aportó información sobre las prácticas concretas en el centro seleccionado.

La articulación entre ambos niveles de análisis permitió identificar ciertos puntos de convergencia, como el reconocimiento del valor de la evaluación sistemática, el uso de instrumentos validados, la necesidad de formación profesional continua y la importancia de registrar y fundamentar las decisiones clínicas. No obstante, también surgieron tensiones estructurales significativas: la dificultad para diseñar protocolos aplicables a la diversidad de situaciones clínicas, la escasa consideración de variables contextuales y vinculares en los diseños experimentales, y el riesgo de desubjetivación del paciente cuando la intervención clínica se reduce a la aplicación estandarizada de técnicas, sin atender a la complejidad del vínculo terapéutico y a la singularidad del caso.

Además, se problematizó el uso del diagnóstico como categoría normativa y no comprensiva, la delegación de decisiones en "la evidencia" como entidad externa, y la posible pérdida de agencia clínica cuando se prioriza el dato por sobre el proceso. Estas tensiones no son anecdóticas: configuran dilemas éticos y técnicos que atraviesan la práctica cotidiana.

En este marco, el objetivo de esta tesis no es rechazar la MBE, sino revisar sus fundamentos desde una perspectiva crítica, proponiendo una práctica psicológica informada por evidencia que no abdique de su dimensión subjetiva, situada y relacional. Esta postura implica no solo articular datos empíricos y sensibilidad clínica, sino también revisar qué se entiende por "evidencia" y desde dónde se produce, valida y aplica.

Actividades desarrolladas para cumplir este objetivo

Para alcanzar este objetivo, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

#### 1. Revisión crítica del marco teórico de la MBE

Se revisaron fuentes primarias de la MBE, artículos de síntesis y críticas epistemológicas provenientes de la psicología, la medicina social, la psiquiatría crítica y la bioética. Esta revisión permitió reconstruir los principios centrales de la MBE (jerarquización de evidencia, replicabilidad, uso de guías clínicas) y su aplicación al campo psicológico, así como los debates sobre sus límites y sesgos epistemológicos.

#### 2. Sistematización de experiencias clínicas institucionales

Se analizaron entrevistas realizadas a un profesional del centro clínico, licenciado en Psicología con formación en neuropsicología clínica, con el propósito de indagar sus

concepciones en torno a la noción de evidencia, los criterios que orientan la intervención, las estrategias diagnósticas empleadas y la articulación entre el uso de instrumentos técnicos y el juicio clínico. Esta instancia permitió relevar tensiones concretas entre la necesidad de fundamentación empírica en la práctica psicológica y las condiciones singulares que presenta cada paciente.

### 3. Redacción analítica

A partir de la información recabada, se elaboró un desarrollo escrito que sistematiza los puntos de tensión y convergencia entre ambos enfoques. Este texto forma parte del capítulo analítico y articula los fundamentos teóricos con los aportes del campo empírico

#### 9.5. **Actividades correspondientes al Objetivo Específico 5: Propuesta de intervención.**

*Diseñar una propuesta de intervención institucional que permita compartir y reflexionar críticamente sobre los criterios que podrían orientar una práctica clínica informada por evidencia en el abordaje de dificultades lectoras*

#### ***Análisis de las entrevistas al profesional del centro***

#### ***Análisis de la primera entrevista.***

La primera entrevista permitió reconstruir el modo en que se aborda, en una institución especializada en neuropsicología clínica, la evaluación de casos con sospecha de dislexia. El intercambio con una profesional del equipo aportó información clave sobre

los procedimientos diagnósticos, las estrategias clínicas en uso, las tensiones metodológicas actuales y las limitaciones en la aplicación de protocolos estandarizados.

A partir del análisis del contenido se destacan tres ejes principales:

### 1. Evaluación contextualizada y enfoque interdisciplinario

El abordaje institucional se basa en un enfoque clínico integrador, que contempla tanto el uso de instrumentos técnicos como la exploración detallada de la trayectoria escolar, familiar y emocional del paciente. Se subraya la importancia de considerar variables contextuales, como la calidad educativa recibida, el acceso a apoyos escolares, las condiciones socioculturales, y la presencia o ausencia de intervenciones previas.

“Son variables que uno intenta tener en cuenta: cuál ha sido el recorrido académico [...] no es lo mismo una institución privada que una institución pública o una escuela rural.”

Este enfoque permite individualizar el diagnóstico y evita reduccionismos, en línea con una perspectiva situada y crítica. A su vez, se destaca el trabajo interdisciplinario como parte constitutiva del proceso diagnóstico, articulando psicología, fonoaudiología, neurología y psicopedagogía.

### 2. Proceso diagnóstico clínico-artesanal y necesidad de protocolos

La institución no cuenta aún con un protocolo cerrado para la intervención en dislexia, aunque se reconocen avances en la sistematización del proceso diagnóstico. El mismo incluye:

- Entrevista clínica ampliada.

- Evaluación neuropsicológica con pruebas como WAIS/WISC, y baterías específicas.
- Cuestionarios sobre estado emocional y estrés.
- Evaluaciones desde fonoaudiología para delimitar el perfil lingüístico.

“Hoy contamos con muy pocas pruebas, te diría hasta ninguna, que evalúen dislexia en adultos [...] se vuelve muy artesanal la manera de ir elaborando este diagnóstico.”

Esta dimensión revela una vacancia diagnóstica en población adulta, y la necesidad de adaptar o crear instrumentos localmente pertinentes. También se reconoce la utilidad de instrumentos en desarrollo como Mini Dislex, PROLEXIA o Vineland, y se valora la posibilidad de generar criterios compartidos desde la práctica institucional.

### 3. Criterios diagnósticos y tensiones epistemológicas

La entrevista también explora el modo en que se conceptualiza la dislexia en la práctica clínica. Se la reconoce como un trastorno específico del aprendizaje con origen neurobiológico, siguiendo lineamientos del DSM-5, aunque también se asume la necesidad de contextualizar ese diagnóstico. Se utilizan como criterios clave: conciencia fonológica, velocidad de procesamiento, lectura de palabras y pseudopalabras, comprensión lectora, y capacidad adaptativa.

Asimismo, se reconocen tensiones en torno a la definición de dislexia como hipótesis clínica o como categoría diagnóstica cerrada. La profesional entrevistada expresa una postura clínica que equilibra el uso del diagnóstico con una mirada crítica

sobre su aplicabilidad uniforme, subrayando la importancia del entorno en el desarrollo del lenguaje.

## Conclusión

La primera entrevista permitió identificar el modo en que se lleva adelante un proceso diagnóstico complejo, multidimensional y situado. Aunque no existe un protocolo formalizado de intervención clínica en dislexia, se observa una disposición institucional para su construcción colectiva, fundada en criterios clínicos consensuales, evidencia empírica y una lógica interdisciplinaria. La entrevista aporta elementos fundamentales para pensar la viabilidad de diseñar un protocolo clínico fundado y adaptado al contexto real.

### *Análisis de la segunda entrevista.*

Esta segunda entrevista permitió profundizar en aspectos centrales del abordaje clínico de la dislexia, especialmente en lo que respecta a los criterios diagnósticos, el fundamento neuropsicológico del trastorno y las condiciones necesarias para construir un protocolo clínico situado. A partir del diálogo, se destacan tres grandes ejes de análisis:

#### 1. Sustrato neurobiológico y jerarquía funcional de los procesos cognitivos

Se retoma y refuerza la hipótesis del sustrato neurofuncional diferencial en la dislexia, señalando que existen evidencias acumuladas sobre patrones específicos de funcionamiento en dominios como el lenguaje, la atención y el procesamiento fonológico. Se enfatiza que la afectación en funciones primarias como el lenguaje puede comprometer también funciones secundarias, como el razonamiento matemático o la memoria operativa verbal, debido a su interdependencia funcional. Esta perspectiva aporta un

marco teórico sólido para entender la dislexia como una alteración multicomponente, y no como un déficit aislado.

“El lenguaje, si está comprometido, va a comprometer también procesos atencionales y procesamiento matemático, por ejemplo.”

Esta mirada jerarquizada de los procesos cognitivos coincide con el enfoque neuropsicológico actual, que prioriza la comprensión de redes funcionales más que de localizaciones estructurales rígidas.

## 2. Construcción del diagnóstico desde una lógica clínica diferencial

Otro aspecto central de la entrevista es la descripción del proceso diagnóstico como una construcción progresiva basada en datos cualitativos y cuantitativos. Lejos de aplicar un protocolo cerrado, se señala que la evaluación integra:

- Entrevistas clínicas y observación cualitativa.
- Aplicación de instrumentos estandarizados.
- Evaluación del impacto funcional en el desempeño académico, laboral o cotidiano.
- Descarte de otras condiciones clínicas (psiquiátricas, cognitivas, contextuales).

“Uno va haciendo un análisis cuáli y cuantitativo que le permite ir orientando la hipótesis diagnóstica [...] para identificar con la mayor precisión posible cuáles son esas dificultades y qué impacto están teniendo en la actividad diaria de la persona.”

Este abordaje confirma la importancia del diagnóstico diferencial como criterio de rigurosidad clínica, y ofrece una respuesta empírica a una de las preocupaciones centrales del trabajo: cómo evitar el sobrediagnóstico o el uso acrítico de la etiqueta “dislexia”.

### 3. Criterios clínicos para incluir un caso bajo el diagnóstico de dislexia

Se subraya que la dificultad en lectura debe ser específica, significativa y no explicable por otras causas, para poder establecer un diagnóstico de dislexia. Se destaca así la necesidad de:

- Evidencias claras de una dificultad lector-escritora persistente.
- Descartar condiciones ambientales, emocionales o sociales que puedan explicar el rendimiento bajo.
- Considerar solo aquellas dificultades que generan impacto funcional relevante.

“La dificultad del aprendizaje y la lectura tienen que ser evidentes y tienen que analizarse desde ese punto. No puede haber otras variables que estén interviniendo en el impacto, por ejemplo, académico o laboral.”

### Conclusión

Esta entrevista aporta claridad conceptual y fundamentos clínicos concretos que refuerzan la necesidad de diseñar un protocolo de intervención institucional basado en evidencia, pero también en criterios clínicos flexibles, situados y éticamente sustentados. Asimismo, permite confirmar que el enfoque neuropsicológico, lejos de eliminar la variabilidad, requiere precisamente de una mirada interdisciplinaria e interpretativa para

evitar simplificaciones diagnósticas. Estos aportes se integran plenamente con el marco teórico de la tesis y fortalecen la viabilidad de la propuesta de construcción colectiva de un protocolo clínico institucional.

En respuesta a la necesidad expresada por el equipo clínico del centro seleccionado durante la primera entrevista, se diseñó una actividad orientada a crear un espacio institucional de reflexión colectiva, que funcione como instancia preliminar a la elaboración de un protocolo de intervención clínica en dislexia. Esta propuesta parte del reconocimiento de que toda intervención rigurosa debe sustentarse en criterios compartidos, fundamentados y situados, construidos en diálogo entre la teoría, la evidencia empírica y la experiencia clínica cotidiana.

Así mismo, las actividades propuestas se apoyan en un principio clínico clave que emergió del análisis institucional y de los testimonios relevados: el diagnóstico adquiere sentido en tanto habilita procesos de acompañamiento subjetivo y no como un etiquetamiento cerrado. Desde esta perspectiva, se busca que la evaluación no sea solo una instancia de clasificación, sino una puerta de entrada a intervenciones comprensivas, sostenidas y contextualizadas, capaces de alojar la singularidad de los procesos de aprendizaje.

Como insumo inicial para dicha reflexión, se elaboró una matriz de criterios clínicos preliminares, construida a partir del análisis de los hallazgos de esta investigación: los procesos cognitivos y afectivos implicados en la dislexia, los principios de la MBE, las especificidades de la práctica psicológica clínica, y las condiciones institucionales relevadas a través de entrevistas y observaciones. Esta matriz no fue

pensada como instrumento normativo, sino como disparador para la conversación interdisciplinaria.

La propuesta se presentará en un encuentro de grupo focal, técnica validada para la producción de consensos y exploración de perspectivas múltiples en contextos institucionales (Krueger & Casey, 2015, con miembros del equipo clínico, convocado especialmente para este fin. En ese espacio, coordinado por la tesista, se promoverá una discusión abierta sobre los criterios en juego al momento de planificar, ejecutar y sostener intervenciones en personas con estas dificultades. Se propiciará el intercambio de experiencias clínicas, el reconocimiento de saberes implícitos, y el debate sobre los desafíos éticos, metodológicos y contextuales de la intervención psicológica.

Esta instancia fue concebida como un paso previo necesario a la elaboración de un protocolo clínico formal, y buscó habilitar un proceso genuino de construcción colectiva de sentido. En este marco, el aporte de la presente tesis no se limita a la formulación de un dispositivo técnico, sino que se orienta a fortalecer las condiciones epistemológicas, éticas y profesionales para que dicho protocolo pueda emerger de forma situada y fundamentada, en coherencia con los valores de una psicología clínica informada por evidencia y comprometida con la singularidad.

### ***Diseño de la matriz de criterios y dinámica de trabajo***

Como parte de esta propuesta, se elaboró una matriz preliminar de criterios clínicos que contempla cuatro dimensiones fundamentales:

1. Procesos cognitivos implicados en la dislexia (por ejemplo, conciencia fonológica, velocidad lectora, memoria verbal).

2. Criterios diagnósticos clínicos y funcionales (vinculados a manuales internacionales y a los protocolos de uso institucional).
3. Factores contextuales e institucionales (escolaridad, acceso a recursos, acompañamiento familiar).
4. Indicadores de progreso e intervención (respuesta al tratamiento, evolución funcional, sostenibilidad del abordaje).

Cada dimensión fue construida integrando los hallazgos del trabajo de campo (entrevistas), el marco teórico desarrollado, y los aportes del enfoque de la PBE. La matriz no busca definir una pauta cerrada, sino ofrecer un marco estructurado que pueda ser revisado, ampliado y ajustado colectivamente por el equipo clínico.

**Tabla 5**

*Matriz preliminar de criterios clínicos para la intervención en dislexia*

Eje clínico	Criterio específico	Indicador	Instrumentos posibles	Observaciones
Trayectoria académica	Dificultades persistentes en lectura y escritura desde la escolaridad primaria	Historial de repetencia, cambios de escuela, bajo rendimiento sostenido	Entrevista clínica, revisión de antecedentes escolares	Indagar condiciones escolares (tipo de escuela, apoyos recibidos, exigencia pedagógica)
Desempeño lector actual	Dificultades en precisión, velocidad y comprensión lectora	Lectura lenta, errores de decodificación, escasa comprensión de textos	Lectura en voz alta, pruebas de palabras y pseudopalabras, comprensión oral	Adaptar pruebas por rango etario; considerar compensaciones en adultos
Conciencia fonológica	Bajo rendimiento en tareas de segmentación y manipulación fonémica	Dificultad para identificar, aislar o modificar sonidos	Pruebas fonológicas específicas, tareas de rimas y segmentación	Evaluar si estas dificultades están presentes a pesar del nivel educativo alcanzado

Eje clínico	Criterio específico	Indicador	Instrumentos posibles	Observaciones
Velocidad de procesamiento	Lentitud general en tareas verbales y de acceso léxico	Demoras en nombrar colores, números, automatismos	Test de velocidad de denominación (TVDN, RAN), subtests de WAIS	Puede estar afectada también por ansiedad o fatiga; observar en conjunto con otros indicadores
Perfil cognitivo general	Ausencia de discapacidad intelectual	Coficiente intelectual dentro del rango medio o superior	WAIS (adultos), WISC (niños)	Requisito para diagnóstico de dislexia según DSM-5
Impacto funcional	Interferencia significativa en la vida académica, laboral o cotidiana	Dificultades para estudiar, rendir, tomar notas, organizar tareas	Entrevista clínica, auto/informes, escalas adaptativas	Evaluar si hay estrategias compensatorias o si el entorno agrava la dificultad
Exclusión de otras causas	Ausencia de causas primarias médicas, neurológicas o emocionales	No hay epilepsia, trastornos sensoriales, duelo reciente, etc.	Interconsulta médica, entrevista, resonancia si es pertinente	Criterio diferencial clave para evitar sobrediagnóstico
Antecedentes familiares	Presencia de dificultades similares en familiares directos	Padres o hermanos con dificultades lectoras no diagnosticadas	Entrevista familiar, relato clínico	Refuerza la hipótesis de base neurobiológica
Juicio clínico integrador	Convergencia de evidencias y criterios observacionales	Consistencia entre síntomas, pruebas e historia del caso	Integración por parte del equipo interdisciplinario	Permite sostener el diagnóstico sin reducirlo a test aislados; sustenta la intervención situada

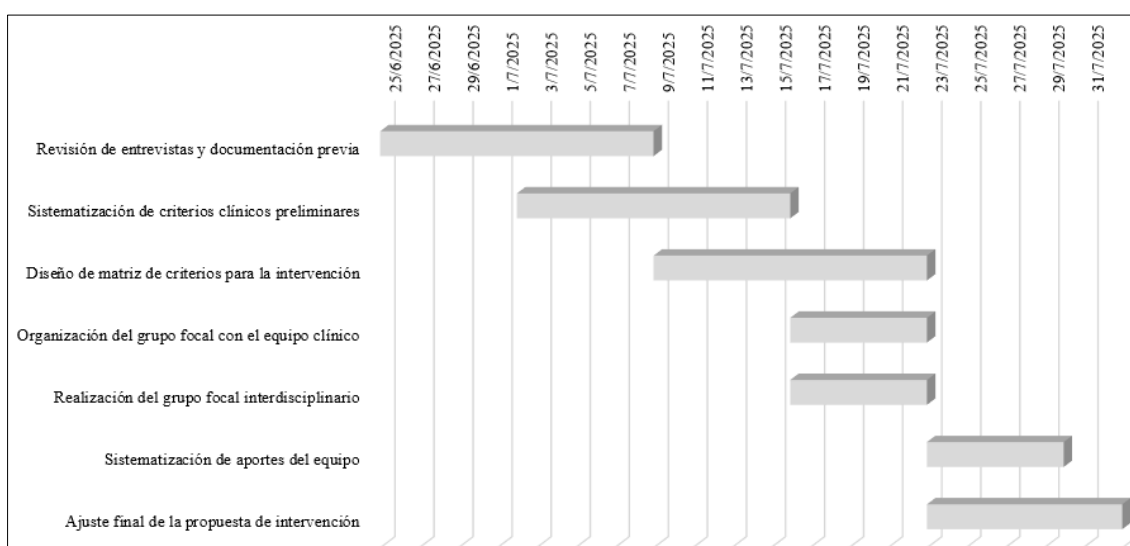
En cuanto a la dinámica de trabajo, se propone la realización de un grupo focal interdisciplinario, coordinado por la tesista, con una duración estimada de 90 minutos, con participación de entre 4 y 6 profesionales del equipo clínico (neurólogos, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos). El encuentro se estructuraría según el siguiente esquema:

- **Primera parte (20 minutos):** presentación general del objetivo del encuentro, exposición breve de la matriz y de los fundamentos teóricos que la sustentan.
- **Segunda parte (50 minutos):** discusión grupal guiada por preguntas disparadoras, orientadas a reflexionar sobre la aplicabilidad, pertinencia y suficiencia de los criterios propuestos.
- **Tercera parte (20 minutos):** puesta en común de acuerdos, desacuerdos y aspectos a revisar. Se prevé la elaboración de un registro que sistematice los consensos emergentes y las sugerencias para reformular la matriz.

Esta actividad se concibe como un primer paso hacia la construcción colaborativa de un protocolo clínico institucional, que pueda ser validado en la práctica y adaptado a las características específicas del equipo y de su población usuaria.

**Tabla 6**

*Cronograma (Diagrama de Gantt)*



**Tabla 7***Recursos*

Tipo de recurso	Detalle
Humanos	Tesista, profesional institucional referente (psicóloga/neuropsicóloga), participación eventual de integrantes del equipo clínico (4 a 6 profesionales en el grupo focal).
Técnicos / materiales	Grabador de audio o notebook para registro de entrevistas y grupo focal; sala de reuniones institucional; PC para sistematización de criterios.
Bibliográficos / documentales	Bibliografía científica sobre dislexia, evaluación neuropsicológica e intervenciones basadas en evidencia; protocolos clínicos utilizados por la institución; guías del DSM-5 y CIE-11.
Espaciales / logísticos	Consultorio o sala de uso múltiple del centro clínico para realizar el grupo focal.
Económicos	No se requieren gastos adicionales. Todos los recursos están disponibles dentro del marco de las actividades institucionales y formativas.

**Tabla 8***Presupuesto*

Ítem	Costo estimado	Justificación
Uso de instalaciones institucionales	\$0	El centro clínico dispone de sala de reuniones y consultorios ya habilitados.
Materiales de registro (PC, audio, papel)	\$0	Recursos personales de la tesista; uso de notebook o grabador propio.
Recursos bibliográficos y documentales	\$0	Acceso a bibliografía proporcionado por la universidad y la institución.
Supervisión y participación profesional	\$0	Actividades enmarcadas en funciones formativas y colaborativas del equipo.
Sistematización y análisis de datos	\$0	Realizado por la tesista en su rol de investigadora principal.

**Total estimado:** \$0

**Financiamiento requerido:** Ninguno.

**Justificación:** El plan se enmarca en una tesis de grado con fines académicos, apoyada por una institución ya equipada y comprometida con la formación profesional

**Tabla 9**

*Evaluación*

Objetivo específico	Indicador de logro	Fuente de verificación	Instrumento o estrategia
1. Caracterizar los problemas de aprendizaje en lectura que se presentan en contextos escolares y clínicos, atendiendo a su manifestación, diversidad y condiciones institucionales.	Descripción sistematizada de variables institucionales, prácticas y limitaciones.	Entrevistas a directivos, profesionales y docentes.	Cuaderno de campo, análisis cualitativo de entrevistas.
2. Describir las estrategias de evaluación e intervención utilizadas en la institución seleccionada, relevando criterios clínicos actuales y lógicas de abordaje.	Reconstrucción de criterios y procedimientos utilizados en la práctica institucional.	Entrevistas a profesionales clínicos del equipo interdisciplinario.	Análisis de contenido temático, triangulación con protocolos clínicos.
3. Analizar los objetivos y fundamentos de la MBE, identificando sus implicancias clínicas y epistemológicas.	Desarrollo crítico y argumentado en el marco teórico.	Marco teórico redactado y referenciado.	Revisión bibliográfica, análisis conceptual.
4. Explorar los puntos de convergencia y tensión entre los principios de la MBE y las características de la práctica psicológica clínica.	Identificación de tensiones conceptuales y criterios de articulación.	Articulación entre revisión teórica y análisis institucional.	Sistematización de experiencias clínicas, entrevistas, redacción analítica.
5. Diseñar una propuesta de intervención institucional que permita compartir y reflexionar críticamente sobre los criterios que podrían orientar una práctica	Elaboración participativa de una matriz de criterios validada por el equipo.	Grupo focal interdisciplinario; versión revisada de la matriz.	Registro de consensos, devolución escrita, análisis de sugerencias.

---

Objetivo específico	Indicador de logro	Fuente de verificación	Instrumento o estrategia
clínica informada por evidencia en el abordaje de dificultades lectoras.			

---

## 10. Capítulo metodológico-analítico

### *Análisis del abordaje de las dificultades lectoras en contextos clínicos y escolares*

El abordaje de las dificultades lectoras en la infancia se configura en la intersección entre prácticas escolares, discursos clínicos y condiciones socioculturales. A partir del análisis de 19 entrevistas realizadas a docentes, directivos, profesionales clínicos, psicopedagogos, médicos y estudiantes de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de Córdoba, así como del análisis de protocolos diagnósticos y del relato de una especialista en neuropsicología clínica, se reconstruyó un panorama heterogéneo y complejo que permite profundizar en los modos en que se presenta, detecta, interpreta y acompaña la problemática de lectura en ambos ámbitos.

### *Manifestaciones escolares de las dificultades en lectura*

Los psicopedagogos y docentes coinciden en identificar múltiples señales tempranas de alerta: bajo reconocimiento de letras, dificultades de decodificación, escasa fluidez lectora, errores ortográficos reiterados, poca comprensión, y rechazo a la lectura en voz alta. Estas manifestaciones se presentan frecuentemente acompañadas de desorganización personal, ansiedad, inatención o baja tolerancia a la frustración.

Estas dificultades no siempre aparecen aisladas: se observan comorbilidades o superposiciones con otros problemas del aprendizaje (escritura, matemáticas), conductas desafiantes o retraídas, y marcadas diferencias entre oralidad y producción escrita. Las trayectorias escolares tienden a ser discontinuas, especialmente en sectores de alta vulnerabilidad social, con escasa estimulación inicial, ausentismo, poca participación familiar y dificultades materiales para sostener tratamientos clínicos prolongados.

### *Diversidad de abordajes y condiciones institucionales*

En las escuelas privadas de clase media/alta, existen circuitos formales de observación docente, derivación a profesionales externos, y adecuaciones pedagógicas sistemáticas (parejas pedagógicas, “tiempo de la calma”, entrevistas de equipo). En cambio, en escuelas públicas o comunitarias, el abordaje depende mayormente del criterio docente, del acompañamiento de equipos externos (como CADE) o de acuerdos informales con docentes integradores.

La escasez de gabinetes escolares, la falta de formación específica en dificultades lectoras, y la sobrecarga del rol docente constituyen limitaciones comunes. Se valora la capacidad de algunos docentes para generar vínculos significativos y diseñar estrategias adaptativas desde lo pedagógico, sin recurrir necesariamente a una derivación diagnóstica inmediata.

### *Criterios diagnósticos en contexto clínico*

La entrevista realizada a la licenciada en Psicología, neuropsicóloga clínica del centro interdisciplinario objeto de estudio, permitió reconstruir con precisión los procedimientos diagnósticos institucionales. El abordaje incluye:

- Una **entrevista clínica exhaustiva** con relevamiento de historia escolar, antecedentes familiares, tratamientos previos y motivo de consulta.
- Evaluación con batería **WAIS (en adultos)**, pruebas de atención, memoria, funciones ejecutivas y lenguaje.

- Aplicación de **tareas específicas de lectura**, velocidad, conciencia fonológica y escritura.
- Consideración de variables **emocionales, sociales y contextuales**.
- Derivación a profesionales complementarios (fonoaudiología, neurología) para confirmar el perfil.
- Diagnóstico articulado interdisciplinariamente, basado en criterios del **DSM-5**.

Este enfoque permite un diagnóstico diferencial, fundamentado y situado, que evita tanto el reduccionismo categorial como el sobrediagnóstico no clínico, al considerar no solo la sintomatología observable sino también los determinantes institucionales, contextuales y subjetivos implicados en la manifestación de las dificultades lectoras. En lugar de aplicar etiquetas diagnósticas de forma automática, se parte de una evaluación comprensiva que articula los indicadores neurocognitivos con la historia escolar, las trayectorias de intervención previas y los recursos del entorno del consultante.

### *Análisis comparativo de protocolos diagnósticos*

#### *Protocolo PRODISLEX (escolar).*

Es un instrumento de observación estructurada diseñado para detectar posibles indicadores de dislexia en el contexto educativo. Incluye una batería de ítems agrupados por áreas (lenguaje oral, lectura, escritura, funciones cognitivas, emocionales y motoras).

Es útil para:

- Sistematizar observaciones docentes.

- Justificar derivaciones clínicas.
- Registrar de manera ordenada manifestaciones visibles en el aula.

Sin embargo, no sustituye una evaluación clínica, ni aplica pruebas estandarizadas. Su función es preventiva y orientativa, limitada a contextos escolares.

### ***Protocolo PROLEXIA (clínico).***

El protocolo Prolexia es una batería de evaluación estructurada en dos versiones: una de detección temprana (4 a 6 años) y otra diagnóstica (desde los 7 años hasta la adultez), orientadas a identificar indicadores de riesgo de dislexia y aportar elementos para el diagnóstico diferencial. Mediante tareas breves que exploran habilidades como segmentación silábica, lectura, escritura espontánea, memoria verbal y acceso al léxico, permite obtener un panorama preliminar del desempeño lector-escritor. Aunque no reemplaza la evaluación neuropsicológica profunda, su aplicación orienta hipótesis clínicas relevantes. Con puntuaciones referenciales y fundamentos teóricos y psicométricos consistentes, su incorporación al centro clínico fortalece la sistematización de prácticas de evaluación preliminar, en el marco de procesos diagnósticos más amplios y situados (Prolexia, s.f.).

### ***Voces críticas y éticas sobre el diagnóstico***

Las entrevistas revelan tensiones persistentes respecto del lugar del diagnóstico. En algunas instituciones, se vuelve una condición de acceso a recursos (maestra integradora, adecuaciones), lo cual genera presiones institucionales y familiares hacia la rotulación. En otras, se promueve una mirada ética que reconoce la complejidad de cada trayectoria y el riesgo de estigmatización.

Profesionales clínicos y educativos con formación crítica enfatizan que el diagnóstico debe ser una herramienta de comprensión, no de exclusión, y que su valor reside en el acompañamiento que habilita. Esta perspectiva, que aparece de forma reiterada en los discursos institucionales relevados, constituye uno de los aportes centrales del trabajo: el diagnóstico, lejos de ser un punto de cierre, puede abrir espacios de intervención, diálogo y reconocimiento subjetivo. El testimonio de un adolescente con dislexia, en una de las entrevistas, reafirma la importancia de una detección empática y temprana, y de un proceso que considere la singularidad del niño. En este sentido, se propone recuperar este principio como uno de los ejes orientadores en el diseño de intervenciones clínicas fundamentadas.

### *Síntesis*

El análisis realizado muestra que las dificultades lectoras son un fenómeno multideterminado, cuya comprensión exige integrar dimensiones cognitivas, emocionales, institucionales y socioculturales. Las trayectorias diagnósticas son diversas y las respuestas institucionales, desiguales. En este contexto, una práctica clínica informada por evidencia no puede limitarse a aplicar protocolos, sino que debe articular con las escuelas, leer críticamente los contextos y construir herramientas confiables y sensibles que acompañen los procesos singulares de aprendizaje.

### *Análisis crítico de la MBE y sus implicancias clínicas y epistemológicas*

Como plantea Worrall (2007), la evidencia sólida también puede surgir de diseños no experimentales, siempre que el efecto observado sea claro, consistente y clínicamente relevante.

## 11. Resultados esperados

La implementación de esta propuesta de intervención espera contribuir a la construcción colectiva de criterios clínicos más claros, fundamentados y contextualizados para el abordaje de las dificultades lectoras, particularmente la dislexia, en el centro clínico seleccionado. Se prevé que el espacio de reflexión institucional promueva el intercambio interdisciplinario, permita visibilizar criterios implícitos en la práctica profesional cotidiana y facilite su formalización en un instrumento compartido.

Asimismo, se espera generar una matriz de criterios clínicos acordada y útil como base para futuros protocolos de evaluación e intervención, articulando evidencia empírica con juicio clínico situado. Como efecto indirecto, la propuesta busca fortalecer la toma de decisiones clínicas, mejorar la coherencia entre los profesionales del equipo y promover una práctica ética y crítica, alineada con los principios de la Psicología Basada en la Evidencia.

## 12. Discusión

El desarrollo de esta tesis permitió abordar críticamente una problemática que, si bien ha sido ampliamente tematizada desde marcos biomédicos y educativos, requiere aún ser revisada en su dimensión clínica: la intervención en dislexia desde una perspectiva psicológica fundamentada y situada. A partir del trabajo de campo realizado en un centro clínico interdisciplinario, se puso en evidencia una práctica profesional sostenida, comprometida y técnicamente rigurosa, pero que no cuenta aún con protocolos formalizados ni criterios clínicos sistematizados para el abordaje de las dificultades lectoras.

El análisis de entrevistas permitió reconstruir los modos en que los profesionales integran, muchas veces de manera implícita, criterios diagnósticos diferenciales, procesos de exclusión de causas contextuales o psiquiátricas, y la consideración del impacto funcional del síntoma. Esto evidencia que el diagnóstico no es una mera aplicación de categorías, sino un **proceso interpretativo clínico**, que se construye en diálogo con la trayectoria del paciente, su entorno y la disponibilidad de herramientas técnicas. Esta constatación entra en tensión con las propuestas de clasificación cerrada que muchas veces se adoptan desde el enfoque biomédico o desde políticas escolares que tienden a cristalizar la categoría “dislexia” sin un abordaje clínico adecuado.

La propuesta de intervención desarrollada —una matriz de criterios clínicos construida colaborativamente con el equipo profesional— se inscribe en esta necesidad de formalizar, sin rigidizar, la práctica. Constituye un intento por articular la evidencia empírica con el juicio clínico, permitiendo a su vez que el saber institucional adquiera visibilidad y se convierta en insumo colectivo. Lejos de proponer un protocolo único y

cerrado, la matriz busca ofrecer una herramienta flexible, que pueda adaptarse a distintos casos sin perder consistencia técnica.

Entre los aportes del trabajo se destaca el valor del enfoque interdisciplinario y participativo, así como la importancia de reconocer la práctica clínica como un espacio de construcción situada del conocimiento. Este enfoque se alinea con una concepción crítica de la Psicología Basada en la Evidencia, que no reduce la intervención a “lo que funciona” en términos generales, sino que se pregunta qué funciona, para quién, en qué contexto y con qué justificación teórica y ética.

Entre las limitaciones del estudio, se reconoce que la propuesta fue diseñada a partir de un único centro clínico, y que aún no se ha aplicado ni evaluado de manera sistemática en su funcionamiento práctico. Sin embargo, se considera que la metodología utilizada —basada en entrevistas en profundidad, análisis cualitativo y validación institucional— ofrece una base sólida para futuras implementaciones o adaptaciones en otros contextos clínicos.

Finalmente, esta tesis aporta elementos concretos para repensar la intervención en dislexia desde una mirada psicológica comprometida con la singularidad, la fundamentación técnica y la sensibilidad clínica. Abre también la posibilidad de construir protocolos que no clausuren la práctica, sino que la acompañen, ofreciendo marcos de referencia flexibles, confiables y acordes a los desafíos del trabajo clínico real.

### 13. Conclusión

El desarrollo de este plan de intervención permitió articular los ejes conceptuales abordados a lo largo del seminario con una necesidad concreta identificada en el ámbito clínico: la ausencia de criterios sistematizados y compartidos para el abordaje de la dislexia. La propuesta se sostiene en el reconocimiento de los saberes institucionales, el análisis crítico de los marcos diagnósticos disponibles y la convicción de que una práctica clínica rigurosa no puede desligarse del contexto en el que se produce.

Entre las fortalezas del plan se destaca su viabilidad, el respaldo empírico de la matriz propuesta y el enfoque participativo que promueve la apropiación por parte del equipo. Como posible limitación, se reconoce que la intervención no contempla aún la aplicación extensiva del protocolo ni su evaluación en la práctica sostenida, lo que podría ser retomado en futuras etapas.

En definitiva, esta propuesta se proyecta como un aporte concreto para pensar intervenciones psicológicas fundamentadas y contextualizadas, superando la aplicación mecánica de modelos estandarizados y revalorizando el juicio clínico como herramienta central en la toma de decisiones.

#### 14. Referencias

- American Psychological Association (APA). (2006). *Evidence-Based Practice in Psychology: A Definition and Conceptual Framework*. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arnedo Montoro, M., Bembibre Serrano, J., Montes Lozano, A., & Triviño Mosquera, M. (2015). *Neuropsicología infantil: a través de casos clínicos*. Editorial Médica Panamericana.
- Baddeley, A. (2003). Working memory and language: An overview. *Journal of Communication Disorders*, 36(3), 189-208.
- Bailone, J. (2020). *Mini Dislex: una batería para la detección temprana del riesgo de dislexia. Estudio de validez predictiva* [Tesis de grado, Universidad Católica de Córdoba]. Producción Académica UCC. Recuperado de <https://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/2275/>
- Bailone, J. (2020). *Mini Dislex: Evaluación de riesgo de dislexia en niños de primer grado*. Editorial Aique.
- Baker, D. (2000). Psychoanalytic theory and reading disorders: An overview. *Journal of Child Psychotherapy*, 26(3), 403-420.  
<https://doi.org/10.1080/00754170020026716>

- Baker, S. (2016). Interventions for dyslexia: A review of research. *Journal of Learning Disabilities*, 49(6), 582-594.
- Baker, M. (2016). *1,500 scientists lift the lid on reproducibility*. *Nature*, 533(7604), 452-454.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido* (Ed. rev.). Madrid: Ediciones Akal.
- Coltheart, M., Rastle, K., Perry, C., Langdon, R., & Ziegler, J. (2001). *DRC: A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud*. *Psychological Review*, 108(1), 204–256. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.204>
- Corona Martínez, J. (2014). El método clínico y los dilemas de la clínica. *Medisur*. <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1588>
- Cuetos, F., Rodríguez, B., & Ruano, E. (2007). *PROLEC-R: Batería de evaluación de los procesos lectores, revisada*. TEA Ediciones.
- Ehri, L. C., Nunes, S. R., Stahl, S. A., & Willows, D. M. (2001). *Systematic phonics instruction helps students learn to read: Evidence from the National Reading Panel's meta-analysis*. *Review of Educational Research*, 71(3), 393–447. <https://doi.org/10.3102/00346543071003393>
- Elliott, J. G., & Grigorenko, E. L. (2014). *The dyslexia debate*. Cambridge University Press.
- Elliott, J. G. (2020). *It's time to be scientific about dyslexia*. *Reading Research Quarterly*, 55(S1), S61–S75. <https://doi.org/10.1002/rrq.333>

- Elwenspoek, M. M., et al. (2022). *Systematic review of neurofeedback interventions for dyslexia: Methodological insights and International Classification of Function and Disability-Child and Youth (ICF-CY) framework analysis*. PubMed.
- Epstein, J. L. (2001). *School, family, and community partnerships: Preparing educators and improving schools*. Westview Press.
- Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (2020). *Cognitive Psychology: A Student's Handbook* (8th ed.). Psychology Press.
- Feinberg, T. E., & Farah, M. J. (2018). *Neuropsychology: From theory to practice*. MIT Press.
- Feng, X., Li, L., Zhang, M., Yang, X., Tian, M., Xie, W., Lu, Y., Liu, L., Bélanger, N. N., Meng, X., & Ding, G. (2024). *Activation and functional connectivity of cerebellum during reading and during arithmetic in children with combined reading and math disabilities*. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 1135166. <https://doi.org/10.3389/fnins.2024.1135166>
- Fletcher, J. M., Lyon, G. R., Fuchs, L. S., & Barnes, M. A. (2018). *Learning disabilities: From identification to intervention* (2nd ed.). Guilford Press.
- Fraga González, G., Karipidis, I. I., & Tijms, J. (2021). *Neurocognitive interventions for dyslexia: New developments and perspectives*. *Developmental Cognitive Neuroscience*.

Galaburda, A. M., & Kemper, T. L. (1979). Cytoarchitectonic abnormalities in developmental dyslexia: A case study. *Annals of Neurology*, 6(2), 94–100.  
<https://doi.org/10.1002/ana.410060203>

Friedman, H. H. (2004). *Manual de diagnóstico médico* (5ª ed.). Masson.

Galuschka, K., Ise, E., Krick, K., & Schulte-Körne, G. (2014). *Effects of intervention programs for children with reading difficulties: A meta-analysis*. *European Journal of Special Needs Education*, 29(2), 1–19.  
<https://doi.org/10.1080/08856257.2014.968537>

Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)*. Psychological Assessment Resources.

Godoy Ávila, A. (1996). *Toma de decisiones y juicio clínico: una aproximación psicológica*. Ediciones Pirámide.

Golden, C. J. (1978). *Stroop Color and Word Test: A manual for clinical and experimental uses*. Stoelting.

González, M. & Riquelme, E. (2015). *Evaluación e intervención neuropsicológica infantil: Un modelo desde la práctica clínica*. Paidós.

González, M. & Riquelme, E. (2015). *Evaluación neuropsicológica infantil*. Paidós.

González, L. M., & Riquelme, E. (2015). Evaluación neuropsicológica infantil. *Revista de Neurología*, 60(S1), 35–45.

- González, D., & Riquelme, E. (2015). Evaluación neuropsicológica infantil: una herramienta para el diagnóstico diferencial. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 10(1), 25-32.
- González, M., & Riquelme, E. (2015). Estandarización y adaptaciones en la evaluación neuropsicológica infantil: avances y desafíos. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 11(2), 45–56.
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Guyatt, G., Rennie, D., Meade, M. O., & Cook, D. J. (2008). *Users' guides to the medical literature: Essentials of evidence-based clinical practice* (2nd ed.). McGraw-Hill Medical.
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP Journal Club*, 136(2), A11–A14. <https://doi.org/10.7326/ACPJC-2002-136-2-A11>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.
- Hollis, C., Falconer, C., Martin, J., & Short, R. (2015). *The effectiveness of psychological interventions for children with developmental disorders: A systematic review*. *Psychological Medicine*, 45(5), 933-948.

Holmes, J., Gathercole, S. E., & Dunning, D. L. (2009). *Adaptive training leads to sustained enhancement of poor working memory in children*. *Developmental Science*, 12(4), F9–F15. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00848.x>

International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH). (2016). *Good clinical practice (GCP) guidelines*. ICH Harmonised Tripartite Guideline.

International Dyslexia Association. (2019). *IDA Dyslexia Handbook: What every family should know*. <https://dyslexiaida.org/ida-dyslexia-handbook/>

International Dyslexia Association (IDA). (2019). *Dyslexia Basics*.

Ioannidis, J. P. A. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Medicine*, 2(8), e124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>

Jiménez, J. E., & Venegas, E. (2004). Prevalencia de dificultades lectoras en escolares hispanohablantes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 211–228.

Jiménez, J. E. (2012). *Intervención en dislexia: de la teoría a la práctica*.

Jiménez, J. E. (2012). *Intervención psicoeducativa en dislexia*. Pirámide.

Jiménez, J. E. (2012). *Evaluación e intervención en dislexia: Un enfoque psicoeducativo*. Madrid: Pirámide.

Jiménez, J. E. (2012). *Intervención psicoeducativa en dificultades específicas de aprendizaje*. Pirámide.

Kazdin, A. E. (2008). *Evidence-Based Treatment and Practice: New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice*. Clinical Psychology: Science and Practice.

Kazdin, A. E. (2008). *Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care*. *American Psychologist*, 63(3), 146–159.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>

Kazdin, A. E. (2017). *Research design in clinical psychology* (5th ed.). Pearson.

Krafnick, A. J., et al. (2014). Structural changes in the brain's reading circuitry in children with dyslexia. *Journal of Neuroscience*, 34(20), 6902-6911.  
<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4561-13.2014>

Kraus, N., White-Schwoch, T., & Anderson, S. (2024). *Dysfunction of the magnocellular subdivision of the visual thalamus in developmental dyslexia*. *Brain*, 147(5), 1452–1464. <https://doi.org/10.1093/brain/awad061>

Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (2007). *NEPSY-II: Clinical and interpretative manual*. Pearson.

Kola, I., & Landis, J. T. (2004). Can the pharmaceutical industry reduce attrition rates?. *Nature Reviews Drug Discovery*, 3(8), 711-715.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). Sage.

Kvale, S. (2011). *Doing interviews*. Sage.

Ley Nacional 27.306, 19 de octubre de 2016. *Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA)* y *Dislexia*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley27306-267234/texto>

Lyon, G., Shaywitz, S., & Shaywitz, B. (2003). *A definition of dyslexia*. *Annals of Dyslexia*.

Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). Defining dyslexia, comorbidities, and early identification. *Journal of Learning Disabilities*, 36(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/002221940303600101>

Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). Defining dyslexia, comorbidities, teachers' knowledge of language and reading. *Journal of Learning Disabilities*, 36(2), 101-109.

Melby-Lervåg, M., Lervåg, A., & Hulme, C. (2012). *Phonological skills and their role in learning to read: A meta-analytic review*. *Psychological Bulletin*, 138(2), 322–352. <https://doi.org/10.1037/a0026744>

Miller, G. A. (2011). The cognitive revolution: a historical perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(3), 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.12.018>

Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81–100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>

Nation, K. (2017). *Nurturing a lexical legacy: Reading experience is critical for the development of word reading skill*. *NPJ Science of Learning*, 2(3), 1–7. <https://doi.org/10.1038/s41539-017-0005-2>

National Reading Panel (2000). *Teaching children to read*.

Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. Appleton-Century-Crofts.

Nicolson, R. I., & Fawcett, A. J. (1999). *Developmental dyslexia: The role of the cerebellum*. *Dyslexia*, 5(3), 155–177. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0909\(199909\)5:3<155::AID-DYS148>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0909(199909)5:3<155::AID-DYS148>3.0.CO;2-0)

Nicolson, R. I., et al. (2016). The psychoanalytic model of dyslexia: Critiques and developments. *Dyslexia*, 22(4), 334–346. <https://doi.org/10.1002/dys.1529>

Olson, R. K., et al. (2011). Genetic and environmental influences on reading and related skills. *Scientific Studies of Reading*, 15(3), 234–256.

Open Science Collaboration. (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349(6251), aac4716. <https://doi.org/10.1126/science.aac4716>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad – 11.ª revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int>

Pashler et al. (2007). *Psychology's crisis of confidence*. *Scientific American*.

Paudel, S., & Acharya, S. (2024). *A comprehensive review of assistive technologies for children with dyslexia*. *arXiv*.

- Pennington, B. F. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, *101*(3), 385–413.  
<https://doi.org/10.1016/j.cognition.2006.04.008>
- Pennington, B. F., & Lefly, D. L. (2001). Early Reading Development in Children at Family Risk for Dyslexia. *Child Development*, *72*(3), 816–833.
- Pérez Álvarez, M. (2004). *La invención de los trastornos mentales: Una crítica a la psiquiatría moderna*. Alianza Editorial.
- Pérez Álvarez, M. (2008). *La invención de los trastornos mentales: Una crítica a la patologización de la vida*. Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador: La falacia del suplemento cerebral*. Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (2012). *La invención de los trastornos mentales: Una crítica psiquiátrica a la patologización de la vida*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez Álvarez, M. (2012). *La psicología como ciencia de la subjetividad: Más allá de la ciencia empírica*. Biblioteca Nueva.
- Peterson, R. L., & Pennington, B. F. (2015). Developmental dyslexia. *Annual Review of Clinical Psychology*, *11*, 283–307.
- Peterson, R. L., & Pennington, B. F. (2015). Developmental dyslexia. *The Lancet*, *379*(9830), 1997–2007.

- Prolexia. (s.f.). *Manual de aplicación y fundamentos del Prolexia: Batería de detección y diagnóstico de dislexia*. Fundación Prolexia.
- Pugh, K. R., Mencl, W. E., Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Fulbright, R. K., Constable, R. T., & Gore, J. C. (2000). The angular gyrus in developmental dyslexia: task-specific differences in functional connectivity within posterior cortex. *Psychological Science, 11*(1), 51–56. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00214>
- Qi, T., Mandelli, M. L., Pereira, C. L. W., Wellman, E., Bogley, R., Licata, A. E., Miller, Z., Tee, B. L., de Leon, J., Chang, E. F., Oganian, Y., & Gorno-Tempini, M. L. (2024). *Anatomical and behavioural correlates of auditory perception in developmental dyslexia*. *Brain, 147*(9), 2703–2716. <https://doi.org/10.1093/brain/awae298>
- Ramus, F. (2004). *Neurobiology of dyslexia: A reinterpretation of the data*. TINS.
- Ramus, F., & Szenkovits, G. (2008). What phonological deficit? *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 61*(1), 129–141. <https://doi.org/10.1080/17470210701508822>
- Rayner, K., Foorman, B. R., Perfetti, C. A., Pesetsky, D., & Seidenberg, M. S. (2001). *How psychological science informs the teaching of reading*. *Psychological Science in the Public Interest, 2*(2), 31–74. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.00004>
- Reitan, R. M. (1992). *Trail Making Test: Manual for administration and scoring*. Reitan Neuropsychology Laboratory.

- Reitman, M., & Whaley, S. (1995). The psychodynamics of dyslexia. *Journal of Learning Disabilities, 28*(5), 301-309. <https://doi.org/10.1177/002221949502800505>
- Rodríguez Ferrer, J. M., Manzano León, A., Aguilar Parra, J. M., & Cangas Díaz, A. J. (2023). Effectiveness of gamification and game-based learning in Spanish adolescents with dyslexia: A longitudinal quasi-experimental research. *Research in Developmental Disabilities, 137*, 104603. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104603>
- Romero Andonegi, A., et al. (2016). *Eficacia de un programa de intervención temprana para reducir las señales de riesgo de la dislexia. Revista de Educación Inclusiva.*
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). *Evidence based medicine: What it is and what it isn't.* *BMJ, 312*(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Seidenberg, M. S., & McClelland, J. L. (1989). *A distributed, developmental model of word recognition and naming.* *Psychological Review, 96*(4), 523–568. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.4.523>
- Shaywitz, S. (2003). *Overcoming Dyslexia.*
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2008). Dyslexia (specific reading disability). *Biological Psychiatry, 64*(7), 439-448.
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2008). *The science of reading and dyslexia.* *Journal of AAPOS, 12*(5), 399–403. <https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2008.04.004>

- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2008). *The Science of Reading and Dyslexia*. Yale Center for Dyslexia.
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2008). Paying attention to reading: The neurobiology of reading and dyslexia. *Development and Psychopathology*, 20(4), 1329–1349. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000631>
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2008). Neurobiologic underpinnings of reading and dyslexia. *The Journal of School Psychology*, 46(4), 273–283.
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2008). The neurobiology of reading and dyslexia. *Focus on Basics*, 11, 1–10.
- Snowling, M. J. (2000). *Dyslexia: A cognitive developmental perspective*. Blackwell Publishing.
- Snowling, M. J. (2000). *Dyslexia*. Blackwell Publishing
- Snowling, M. J., & Hulme, C. (2012). *The Science of Reading: A Handbook* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Snowling, M. J., & Hulme, C. (2012). *Interventions for children's language and literacy difficulties*. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(1), 27–34. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00081.x>
- Snowling, M., & Hulme, C. (2012). *Interventions for children's language and literacy difficulties*. Wiley-Blackwell.

- Snowling, M., & Hulme, C. (2012). *Interventions for children's language and literacy difficulties*. International Journal of Language & Communication Disorders.
- Snowling, M., & Melby-Lervåg, M. (2016). Oral language deficits in familial dyslexia: A meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*, 142(5), 498–545
- Snowling, M. J., & Hulme, C. (2022). *The science of reading: A handbook* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Sourena Soheili-Nezhad, Dick Schijven, Rogier B. Mars, Simon E. Fisher, Clyde Francks. Distinct impact modes of polygenic disposition to dyslexia in the adult brain. *Science Advances*, 2024; 10 (51) DOI: [10.1126/sciadv.adq2754](https://doi.org/10.1126/sciadv.adq2754)
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611–631. <https://doi.org/10.1002/jclp.20373>
- Stein, J. F., & Walsh, V. (1997). *To see but not to read; The magnocellular theory of dyslexia*. *Trends in Neurosciences*, 20(4), 147–152. [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(96\)10079-4](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(96)10079-4)
- Swanson, H. L., & Berninger, V. W. (1995). *The role of working memory in skilled and less skilled readers' comprehension*. *Intelligence*, 21(1), 83–108. [https://doi.org/10.1016/0160-2896\(95\)90040-3](https://doi.org/10.1016/0160-2896(95)90040-3)
- Swanson, H. L., Zheng, X., & Jerman, O. (2009). *Working memory, short-term memory, and reading disabilities: A selective meta-analysis of the literature*. *Journal of Learning Disabilities*, 42(3), 260–287.

- Swanson, H. L. (2017). Working memory and reading disabilities: A review of theoretical models and evidence. *Educational Psychologist, 52*(3), 134-147. <https://doi.org/10.1080/00461520.2017.1320795>
- Tallal, P., Miller, S., & Fitch, R. H. (1993). *Neurobiological basis of speech: A case for the preeminence of temporal processing. Annals of the New York Academy of Sciences, 682*(1), 27–47. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1993.tb22957.x>
- Torgesen, J. K. (2000). *Individual differences in response to early interventions in reading: The lingering problem of treatment resisters. Learning Disabilities Research & Practice, 15*(1), 55–64.
- Torgesen, J. K., Alexander, A. W., Wagner, R. K., et al. (2001). Intensive remedial instruction for children with severe reading disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 34*(1), 33–58.
- Torgesen, J. K. (2002). The prevention of reading difficulties. *Journal of School Psychology.*
- Torgesen, J. K. (2006). Teaching individuals with reading difficulties. *Journal of Learning Disabilities, 39*(4), 290-305.
- Wechsler, D. (2008). WAIS-IV: Wechsler Adult Intelligence Scale–Fourth Edition. Pearson.
- Wechsler, D. (2014). WISC-V: Escala de inteligencia de Wechsler para niños–Quinta edición. Pearson.

- Wolf, M., & Bowers, P. G. (1999). *The double-deficit hypothesis for the developmental dyslexias*. *Journal of Educational Psychology*, 91(3), 415–438.
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. WMA.
- Worrall, J. (2007). Evidence in medicine and evidence-based medicine. *Philosophy Compass*, 2(6), 981–1022. <https://doi.org/10.1111/j.1747-9991.2007.00106.x>
- Ziegler, J. C., & Goswami, U. (2005). Reading acquisition, developmental dyslexia, and skilled reading across languages: A psycholinguistic grain size theory. *Psychological Bulletin*, 131(1), 3–29.

## Anexos

### **Anexo 1: Primera entrevista al Profesional del Centro (guía de preguntas).**

1. ¿A partir de qué momento considera clínicamente posible comenzar a identificar signos compatibles con dislexia?
2. ¿Qué indicadores tempranos suelen observarse en niños en edad preescolar o en los primeros años de escolaridad?
3. ¿Cuáles son los procedimientos diagnósticos que se implementan habitualmente en la institución frente a una consulta por dificultades lectoras?
4. ¿Qué tipo de pruebas o instrumentos específicos se utilizan para el diagnóstico de dislexia?
5. ¿Cómo se organiza el trabajo interdisciplinario en torno al proceso diagnóstico? ¿Qué profesionales intervienen y cómo se articulan sus roles?
6. ¿Qué importancia se le asigna a la historia escolar y al contexto familiar en la evaluación clínica?
7. ¿Qué criterios se consideran relevantes para distinguir entre un retraso lector general y una dislexia propiamente dicha?
8. ¿Qué rol cumple la detección temprana en la planificación y eficacia de las intervenciones clínicas?
9. ¿La institución cuenta actualmente con un protocolo formal de intervención en dislexia? En caso negativo, ¿cómo se define la orientación terapéutica?

10. ¿Se ha planteado la necesidad o el interés de construir un protocolo de intervención institucional en dislexia? ¿En qué términos?
11. ¿Qué lugar ocupan los datos empíricos y la evidencia científica en la toma de decisiones clínicas dentro del equipo?
12. ¿Qué tensiones se presentan, si las hay, entre la aplicación de criterios técnicos y la atención a la singularidad de cada paciente?
13. ¿De qué manera se abordan las dimensiones emocionales y vinculares del niño durante la evaluación y el tratamiento?
14. ¿Qué incidencia tienen las demandas familiares y escolares en la formulación del diagnóstico y el plan de abordaje?

**Anexo 2: Segunda entrevista al Profesional del Centro (guía de preguntas).**

1. ¿Cómo imagina que debería estructurarse un protocolo de intervención clínica para dislexia en esta institución?
2. ¿Qué criterios clínicos considera indispensables que estén incluidos en un protocolo de intervención?
3. ¿Qué dimensiones (cognitivas, emocionales, contextuales) deberían contemplarse prioritariamente en la intervención?
4. ¿Qué obstáculos o dificultades anticipa en relación con la implementación de un protocolo formal dentro del equipo?
5. ¿Qué estrategias podrían facilitar el consenso profesional en torno a los criterios de intervención?
6. ¿Qué tipo de formatos institucionales (reuniones, devoluciones, revisiones) serían útiles para validar y ajustar colectivamente una propuesta?
7. ¿Qué rol cree que debe cumplir la formación continua del equipo en el marco de la implementación de un protocolo de intervención?
8. ¿Cómo se podría conciliar la necesidad de fundamentación empírica con la flexibilidad clínica requerida por los casos singulares?
9. ¿Qué lugar le asigna a las evaluaciones pre y post intervención dentro del futuro protocolo?

10. ¿Considera necesario incorporar mecanismos de seguimiento longitudinal en las intervenciones clínicas en dislexia?
11. ¿Qué aportes considera que puede ofrecer una mirada interdisciplinaria en la elaboración del protocolo?
12. ¿Qué herramientas o prácticas podrían facilitar el diálogo entre teoría, evidencia empírica y experiencia clínica del equipo?
13. ¿Qué expectativas tiene respecto al impacto que pueda tener esta propuesta (tesis) en la práctica institucional cotidiana?
14. ¿Considera viable sostener este espacio de reflexión clínica en el tiempo como parte de la cultura institucional del equipo?