

REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, ENFOQUE INTEGRAL

Alberto García Molina



REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, ENFOQUE INTEGRAL

Guía para profesionales

Colección
GUÍAS PROFESIONALES



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, ENFOQUE INTEGRAL

Guía para profesionales

Alberto García Molina



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Alberto García Molina

© EDITORIAL SÍNTESIS, SA
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-462-2
Depósito Legal: M-586-2026

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, SA

Índice

<i>Forward</i>	9
<i>Prólogo</i>	11
1. <i>Preámbulo</i>	15
1.1. Introducción	15
1.2. La lesión	17
1.3. La persona	19
1.4. El contexto	20
1.5. Recuperación postlesional	22
1.5.1. Perspectiva histórica	22
1.5.2. Mecanismos de recuperación postlesional ..	24
1.6. ¿Qué es la rehabilitación neuropsicológica?	28
1.7. Apuntes sobre la historia de la rehabilitación neuropsicológica	30
1.7.1. Notas sobre rehabilitación neuropsicológica en España	34
1.8. Modelo integral de rehabilitación neuropsicológica	36
2. <i>Evaluar para rehabilitar</i>	39
2.1. Introducción	39
2.2. Los tres pilares de la evaluación neuropsicológica en el ámbito neurorrehabilitador	41
2.2.1. Entrevista clínica	43
2.2.2. Evaluación psicométrica	46
2.2.3. Observación conductual	51

2.3.	Comunicando los resultados	55
2.4.	El papel del profesional	58
3.	<i>Autoconciencia</i>	61
3.1.	Introducción	61
3.2.	Alteración de la autoconciencia	62
3.2.1.	Origen neurológico	63
3.2.2.	Origen psicológico	66
3.2.3.	Tercera vía: aproximación gradual	69
3.3.	Evaluación	70
3.3.1.	Valorar la negación	72
3.4.	Intervención	73
3.4.1.	Alteraciones de origen neurológico	74
3.4.2.	Alteraciones de origen psicológico	78
4.	<i>Conducta</i>	83
4.1.	Introducción	83
4.2.	Trastornos de conducta	84
4.2.1.	Etiopatogénesis	87
4.2.2.	Diferentes trastornos en diferentes momentos	91
4.3.	Intervención	95
4.3.1.	Técnicas de modificación de la conducta ..	98
5.	<i>Cognición</i>	109
5.1.	Introducción	109
5.2.	Percibir, atender, aprender, recordar y razonar	111
5.2.1.	Ese viejo anciano que sobrevive en un hueco vacío	113
5.3.	Rehabilitación cognitiva	114
5.3.1.	Restitución	116
5.3.2.	Compensación	118
5.3.3.	Modificación	119
5.3.4.	Reflexiones sobre la rehabilitación basada en la evidencia	120

5.4. Recomendaciones para familiares y cuidadores	122
5.4.1. Consejos generales	122
5.4.2. Consejos para mejorar la percepción visual ..	123
5.4.3. Consejos para mejorar la heminegligencia ..	124
5.4.4. Consejos para mejorar la capacidad atencional	124
5.4.5. Consejos para mejorar el aprendizaje y la memoria	125
5.4.6. Consejos para mejorar el razonamiento y la resolución de problemas	126
6. Cognición: intervenciones	127
6.1. Introducción	127
6.2. Percepción	128
6.3. Heminegligencia	131
6.4. Atención	134
6.5. Memoria	137
6.6. Funciones ejecutivas	142
7. Emoción	153
7.1. Introducción	153
7.2. Miedo, ansiedad y depresión	154
7.2.1. Etiopatogénesis	160
7.3. Intervención	162
7.3.1. Sistematización de las terapias psicológicas	164
7.3.2. Terapias de segunda generación	165
7.3.3. Terapias de tercera generación	169
7.3.4. Personalidad premórbida y neurorrehabilitación	174
8. Identidad	177
8.1. Introducción	177
8.2. Lesiones neurológicas e identidad	179
8.2.1. Perspectiva individual	180
8.2.2. Perspectiva social	181
8.2.3. Construcción de la identidad postlesional ..	183

8.3. Intervención	185
8.3.1. Terapia simbólico-existencial: trabajo, amor y ocio	189
8.3.2. Terapia de aceptación y compromiso: yo como contexto	191
8.3.3. Terapias narrativas: mapeo metafórico de la identidad	193
8.3.4. Intervenciones relacionales: identidad interpersonal	194
8.4. Disolución gradual de la identidad	195
8.4.1. Qué hacer cuando ya no hay nada que hacer ..	196
9. Familia	201
9.1. Introducción	201
9.2. ¿Qué es “la familia”?	202
9.3. Impacto del daño cerebral sobre la familia	205
9.4. Proceso de adaptación	210
9.5. Intervención	214
9.5.1. Educación a la familia	217
9.5.2. Soporte familiar	219
9.5.3. Terapia familiar	220
9.6. Familia y equipo rehabilitador	223
Bibliografía	227

2

Evaluar para rehabilitar

2.1. Introducción

Hasta la década de 1970, uno de los principales objetivos de la evaluación neuropsicológica, si no el principal, es la localización de lesiones cerebrales (diagnóstico topográfico-lesional), lo que relega a un segundo plano la descripción de los procesos mentales alterados como consecuencia de tales lesiones. El escenario cambia radicalmente en la década de 1980 con la aparición de la tomografía computerizada y la resonancia magnética. El uso clínico de estas técnicas de diagnóstico radiológico no invasivo hace que la evaluación neuropsicológica ya no sea necesaria como herramienta de diagnóstico topográfico-lesional, por lo que sus objetivos principales pasan a ser explorar, describir y comprender las funciones del sistema nervioso central (en los niveles cognitivo, emocional y conductual). Paralelamente, amparado por los profesionales de la neurorrehabilitación, emerge el requisito de valorar las necesidades terapéuticas de las personas con lesiones neurológicas, con el fin de formular e implementar programas de rehabilitación neuropsicológica o asesorar a otros profesionales.

Según Lezak y sus colaboradores (2012) la evaluación neuropsicológica puede estar motivada por los siguientes propósitos generales:

- *Diagnóstico.* La evaluación neuropsicológica puede ser útil para discriminar entre síntomas psiquiátricos y neurológicos, identificar un posible trastorno neurológico en un paciente psiquiátrico o ayudar a distinguir entre diferentes afecciones neurológicas.
- *Descripción del estado neuropsicológico.* Perfilar el estado cognitivo, conductual y emocional con la finalidad de aportar información a la persona interesada, o a sus familiares, sobre cómo las lesiones neurológicas han afectado a su comportamiento.
- *Rehabilitación.* En el contexto neurorrehabilitador la evaluación neuropsicológica persigue determinar las características que debe tener el tratamiento para adecuarse a las necesidades de la persona. Esta valoración incluye identificar tanto sus áreas deficitarias como sus fortalezas y su potencial para la rehabilitación. Asimismo, ha de permitir valorar la eficacia de las intervenciones (a través de la fórmula “test-retest”).
- *Investigación.* La evaluación neuropsicológica se utiliza para estudiar la organización de la actividad cerebral y su relación con las respuestas conductuales. Asimismo, permite investigar trastornos cerebrales específicos y discapacidades conductuales.
- *Ámbito legal.* La evaluación neuropsicológica realizada en el marco de procedimientos legales proporciona información complementaria para discernir si existen alteraciones que puedan afectar al suceso tratado en un proceso judicial.

Independientemente de su propósito, la evaluación neuropsicológica no se limita a la administración de pruebas psicométricas. Va más allá. Tal y como se plantea en el siguiente apartado, requiere indagar quién es esa persona, su historia vital –incluyendo aspiraciones educativas y vocacionales–, su estado médico actual, su contexto familiar y social. Porque para poder interpretar debidamente el comportamiento de una persona es fundamental tener en cuenta sus circunstancias vitales (en diferentes niveles: sociales, personales y familiares). Esta idea ya está implícita en la elegante definición de evaluación planteada por Sundberg y Tyler en *Clinical psychology* (1962): “evaluación es la recopilación, organización e interpretación sistemática de información sobre la persona y su situación” (p. 81).

La evaluación neuropsicología no consiste únicamente en recopilar datos y aplicar reglas estadísticas: también requiere analizar, relacionar y reflexionar.

2.2. Los tres pilares de la evaluación neuropsicológica en el ámbito neurorrehabilitador

La evaluación neuropsicológica en el ámbito neurorrehabilitador concentra información de diferentes fuentes, considerando las particularidades de la persona, junto con sus demandas y expectativas únicas, para establecer un plan terapéutico acorde a sus necesidades. En este contexto, la evaluación debe guiarse por dos principios: contextualizar y pensar.

- *Contextualizar*: interpretar las respuestas de la persona en función de su contexto vital, historia prelesional y características personales específicas.
- *Pensar*: no evaluar de forma automática. Es capital que el profesional sea consciente del porqué de los diferentes actos que conforman el proceso e interprete los hallazgos a la luz de las particularidades de la persona evaluada. La evaluación neuropsicología no debe ser, ni convertirse, en un procedimiento mecánico.

Estos dos principios comportan que los profesionales han de ser capaces de actuar de forma flexible y creativa a la hora de realizar una evaluación neuropsicológica. Lezak y sus colegas (2012) consideran que es fundamental adaptar la evaluación a las necesidades, capacidades y limitaciones de la persona, y a los requisitos especiales de la valoración. Adaptando la evaluación, el examinador puede responder a las cuestiones planteadas de la forma más completa, con menor coste y con el mayor beneficio para la persona (Vanderploeg, 2000).

La evaluación neuropsicológica se asienta en tres pilares fundamentales (figura 2.1):

- *Entrevista clínica*: técnica de recogida de datos basada en la comunicación verbal. Su función esencial es obtener información relevante para identificar y comprender los problemas que afectan a la persona.
- *Evaluación psicométrica*: administración de instrumentos que proporcionan datos medibles y objetivos sobre las capacidades de la persona.
- *Observación conductual*: apreciación directa de la conducta de la persona en un entorno específico (p. ej., domicilio, consulta clínica, actividades rehabilitadoras).

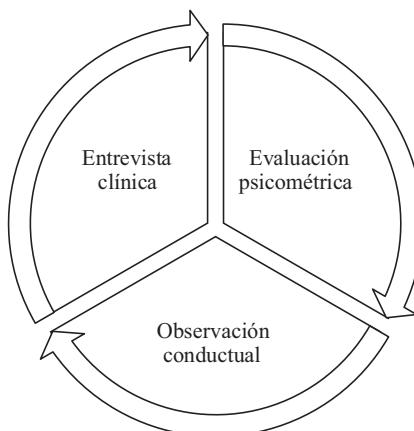


Figura 2.1. Evaluación neuropsicológica en el ámbito neurorrehabilitador.

Estos tres pilares se complementan entre sí y establecen una sólida base para tomar decisiones sobre la persona evaluada. La información derivada de las diversas fuentes debe entrelazarse para generar un tapiz integrado y comprensible. Los datos procedentes de la entrevista clínica, así como de la observación conductual, generan una base de datos esencial de información cualitativa que influye directamente en la interpretación de las respuestas de la persona en las pruebas psicométricas. De hecho, en más de una ocasión, la información recabada en la en-

trevista clínica acaba determinando si es posible, o si tiene sentido, administrar pruebas psicométricas. Asimismo, hay que recordar que un rendimiento inferior al normal en una prueba psicométrica puede ser el resultado de una lesión neurológica o bien de la suma de diversos factores (entre los cuales, la lesión). Por lo tanto, el profesional solo puede hacer una lectura precisa de los datos interpretándolos en el contexto vital de la persona.

Los diferentes procedimientos que se utilizan en la evaluación neuropsicológica permiten recabar información para conocer y comprender el porqué de las dificultades que manifiestan las personas con lesiones neurológicas. Los resultados de la evaluación repercuten directamente sobre multitud de temas relacionados con su futuro (¿volverá a ser el mismo?, ¿podrá trabajar?, ¿tiene capacidad para decidir sobre temas financieros?). Empero, su utilidad está directamente vinculada a las habilidades y conocimientos del profesional. Cuando se usan adecuadamente, son de gran ayuda para la persona, su familia u otros profesionales. Cuando se utilizan de forma inapropiada, generan confusión y malentendidos.

2.2.1. *Entrevista clínica*

La planificación del proceso neurorrehabilitador requiere una comprensión integral de la situación vital y las características clínicas de la persona con lesiones neurológicas (Strauss *et al.*, 2006). Reconstruir su historia, de la forma más detallada posible, es fundamental para poder encajar e interpretar el complejo rompecabezas que en ocasiones es la evaluación neuropsicológica. En este sentido, la entrevista clínica permite recabar información esencial para comprender las características y la evolución temporal de su problema actual, así como proporcionar pistas sobre el diagnóstico y el pronóstico:

- Datos demográficos básicos (edad, estado civil, lugar de nacimiento, etc.).
- Estado médico actual (descripción de la patología: inicio, duración, cambios físicos, cognitivos, emocionales y conductuales).
- Historial médico (historial pediátrico, patologías previas, antecedentes familiares relevantes).

- Antecedentes sociales (nivel educativo, antecedentes vocacionales, relaciones familiares, consumo de tóxicos/drogas, expedientes previos en el sistema legal o intervenciones desde servicios sociales).

La entrevista clínica, además de proporcionar la oportunidad de conocer la historia clínica y social de la persona, también aporta información relevante que enriquece la interpretación de las pruebas psicométricas. Al igual que las pruebas psicométricas, la entrevista clínica facilita al profesional una muestra de comportamiento a partir de la cual se pueden hacer ciertas inferencias. De esta manera, se convierte en una magnífica fuente de información sobre su afecto y estado de ánimo o su percepción y motivación para someterse a la valoración. Conocer la perspectiva adoptada por la persona sobre su lesión resulta útil para identificar posibles indicios de alteraciones emocionales. A veces, en la entrevista clínica las personas revelan sus preocupaciones e inquietudes en torno a los trastornos neuropsicológicos que experimentan. Es una magnífica oportunidad para comenzar a entenderlas desde un punto de vista global.

La entrevista clínica permite observar la organización, el enfoque y el detalle del pensamiento de la persona sobre su situación actual (¿qué percepción tiene de sus capacidades de afrontamiento?, ¿de qué recursos personales dispone?). Esta *conversación preliminar* permite calibrar el grado de conciencia que tiene sobre sus dificultades y déficits, y brinda una impresión inicial de su nivel de alerta, orientación, capacidades lingüísticas o procesos mnésicos (¿está ubicado en el espacio y el tiempo?, ¿presenta alguna alteración del lenguaje?, ¿hasta qué punto su memoria autobiográfica está intacta?, ¿es capaz de situar sus acontecimientos vitales siguiendo un orden cronológico lógico?). En no pocas ocasiones, la entrevista clínica también sirve al profesional para valorar si es posible o no administrar pruebas psicométricas y, en caso afirmativo, cuáles. Por otra parte, no hay que olvidar que la naturaleza de los déficits cognitivos puede influir en el desarrollo de la entrevista. De tal modo, es aconsejable complementar la información proporcionada por la persona con informes médicos o entrevistas con la familia.

La entrevista clínica es un elemento clave de la evaluación neuropsicológica.

Al inicio de la entrevista clínica, el profesional debe tomarse un tiempo para que la persona se sienta cómoda y generar un clima propicio para establecer una buena relación. Este último aspecto es relevante, ya que una relación negativa u hostil dificulta la entrevista. Algunos profesionales dedican un tiempo a entablar una conversación informal con la persona. Conversar sobre eventos inocuos puede ayudar a romper el hielo y a que esta se adapte a la situación. Por otra parte, permite al profesional adecuar su léxico para que la persona le entienda (es aconsejable evitar, en la medida de lo posible, jerga clínica que entorpezca la comunicación).

Es habitual solicitar a la persona que explique por qué se la está evaluando y que describa los problemas que pueda tener. Además de proporcionar algunas pistas sobre la posible causa de sus quejas, y una base para formular recomendaciones que aborden los problemas percibidos, estas preguntas iniciales le brindan la oportunidad de construir una narrativa organizada con cierta lógica y conexiones internas. En este contexto, el profesional puede valorar si la persona es capaz de contar la historia de su enfermedad o lesión a través de un discurso organizado y coherente (con una estructura vertebrada a partir de una introducción, un nudo y un desenlace). Observar si está centrada, dispersa o bien adopta una actitud tangencial, y si su lenguaje se caracteriza por una gramática, un vocabulario y una prosodia adecuados. Asimismo, tal y como se ha comentado anteriormente, le permite cotejar hasta qué punto es capaz de reconocer que tiene un problema o si está debidamente preocupada por el impacto que este puede tener en su vida.

**El tipo de pregunta condiciona el tipo de respuesta
que se obtiene.**

En la entrevista clínica, la forma en que se formulan las preguntas determina la información que se obtiene. Las preguntas abiertas son útiles para calibrar el punto de vista y el estado emocional de la persona. Este tipo de preguntas suelen ser más productivas que las preguntas que requieren respuestas breves, ya que obligan a generar contestaciones que van más allá de un sí o un no, al tiempo que proporcionan la posibilidad de observar y valorar, de manera informal, su capacidad lingüística. Las

preguntas más centradas, o cerradas, son mejores para obtener información específica y ayudan a acelerar el ritmo de la entrevista.

Algunos tipos de preguntas no son aconsejables, porque propician la sensación de interrogatorio, favoreciendo que la persona se sienta atacada y adopte una actitud defensiva:

- Preguntas con respuesta sí/no.
- Preguntas de doble filo.
- Preguntas largas y múltiples.
- Preguntas coercitivas, acusatorias o embarazosas.

Este apartado ha girado en torno a la persona con lesiones neurológicas como fuente primaria de información. Sin embargo, no hay que olvidar que la familia también puede serlo. Ofrece la oportunidad de corroborar la información proporcionada por la persona afectada y de comprender mejor su personalidad y sus características premórbidas.

Entre las cuestiones tratadas en la entrevista a la familia, es importante discernir qué posición tiene y qué papel desempeña cada uno de sus miembros en la estructura familiar, la naturaleza de las relaciones entre sus integrantes, las líneas de poder y autoridad y los recursos familiares de apoyo. Por otro lado, permite determinar las creencias de la familia sobre la lesión, su significado y sus consecuencias. Además de estas cuestiones, pueden aportar información sobre cómo afronta la persona afectada el estrés y la adversidad, cuál es su respuesta ante la situación actual y si será necesario un apoyo especializado adicional.

La entrevista conjunta de la persona afectada y su familia proporciona información diagnóstica única y valiosa. En esta situación, se formulan las mismas preguntas a ambas partes para determinar el grado de coincidencia en sus respuestas. Esto también permite ver qué elementos generan desacuerdo y cómo se manejan estos potenciales conflictos.

2.2.2. Evaluación psicométrica

Este apartado tiene como objetivo dibujar el marco de trabajo asociado a la evaluación psicométrica, sin entrar a describir las pruebas utilizadas en la práctica clínica. El lector interesado en conocer cuáles son, y sus características, puede consultar las siguientes obras de referencia: *A Compen-*

dium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary de Esther Strauss, Elisabeth M. S. Sherman y Otfried Spreen (2006); *Neuropsychological Assessment* de Muriel D. Lezak, Diane B. Howieson, Erin D. Bigler y Daniel Tranel (2012), o *A Compendium of Tests, Scales and Questionnaires: The Practitioner's Guide to Measuring Outcomes After Acquired Brain Impairment* de Robyn L. Tate (2020).

Para una interpretación válida de los resultados de la evaluación psicométrica es primordial considerar la información obtenida en la entrevista clínica. Es muy fácil pasar por alto este punto. Sin embargo, uno de los principales retos de la evaluación psicométrica es determinar, y explicar, por qué la persona ha alcanzado un rendimiento determinado, en lugar de limitarse a informar de las puntuaciones y confirmar un diagnóstico o una etiología que, en la gran mayoría de los casos, ya se conocen *a priori* (gracias a la historia clínica).

Los resultados obtenidos en la evaluación psicométrica deben interpretarse a la luz de la historia vital de la persona.

Históricamente, han existido diferentes formas de entender la evaluación psicométrica. En función del método de administración, se ha distinguido, en términos generales, entre enfoques fijos y flexibles. Si en cambio el foco de atención se sitúa en cómo se evalúan los datos, se diferencia entre enfoques cuantitativos (basados en normas) y cualitativos (basados en procesos). En el enfoque fijo se administran las mismas pruebas a todas las personas, independientemente del motivo de consulta. El enfoque flexible concibe la evaluación como un proceso de toma de decisiones secuencial en el que la selección de las pruebas administradas viene determinada por la naturaleza de la pregunta de referencia y la observación del desempeño del examinado durante la valoración. El enfoque flexible obliga a pensar en lo que se está haciendo y a conocer la historia vital y clínica de la persona, con el fin de seleccionar las pruebas más idóneas (para más información ver García-Molina y Peña-Casanova, 2022).

Las pruebas utilizadas en la evaluación psicométrica pueden agruparse en dos tipos principales: medidas basadas en el rendimiento y medidas

de calificación. En ambos casos, persiguen sustituir el juicio personal, basado en criterios subjetivos, por un conjunto de normas determinadas y conocidas que permiten obtener e interpretar las puntuaciones del examinado en igualdad de condiciones.

Las medidas basadas en el rendimiento (del inglés, *performance-based measures*) son el tipo de pruebas psicométricas más utilizadas en la evaluación neuropsicológica. Son pruebas diseñadas para evaluar procesos cognitivos específicos a partir de una muestra de conducta. Permiten la presentación controlada de variables, con el objetivo de aislar, cuantificar y medir los efectos de una variable crítica que, hipotéticamente, se atribuye a (o es el resultado de) un proceso funcional concreto. Estas medidas son lo que comúnmente se conoce como test neuropsicológicos.

Diversos elementos pueden comprometer el rendimiento de la persona en las medidas psicométricas basadas en el rendimiento. El malestar o el dolor afectan a la concentración, como lo puede hacer la fatiga. Las alteraciones sensoriales y motoras, a la velocidad de ejecución. La intoxicación por alcohol u otras drogas recreativas, así como determinados fármacos (especialmente los que actúan en el nivel del sistema nervioso central), perturban la capacidad cognitiva, pudiendo magnificar los déficits secundarios a la lesión. La presencia de antecedentes psiquiátricos, neurológicos o del desarrollo también puede afectar a la administración y la interpretación de las pruebas. Por último, algunas pruebas tienen sesgos culturales, lo que compromete el rendimiento de aquellas personas que no comparten el marco cultural bajo el cual han sido concebidas. Asimismo, las personas suelen estar en desventaja cuando el idioma utilizado para la evaluación no es su lengua materna (o primera lengua).

Las medidas de calificación (del inglés, *rating measures*) sirven para cuantificar información subjetiva o cualitativa: informan sobre lo que la persona es capaz de hacer (o no hacer). Acostumbran a estar formadas por listas de categorías ante las cuales un observador (sea la propia persona afectada o una tercera persona) debe emitir un juicio, indicando el grado de intensidad o frecuencia de una conducta o característica. Son ejemplos de medidas de calificación las escalas y los cuestionarios.

Independientemente de su tipología, las pruebas psicométricas se fundamentan en dos parámetros que garantizan que las administraciones sean comparables y los resultados interpretables:

- *Estandarización*: procedimiento mediante el cual se establecen las condiciones invariables bajo las que la prueba debe ser utilizada (criterios de administración, corrección e interpretación).
- *Normalización*: criterios preestablecidos que se emplean como punto de comparación de las puntuaciones que obtiene la persona con respecto al desempeño de un grupo representativo de referencia (grupo normativo).

A la hora de administrar la evaluación psicométrica, e interpretar los resultados obtenidos por el examinado, es importante considerar varias cuestiones.

- *Cuestión 1.* Uno de los problemas a los que se enfrentan los profesionales que intentan comprender la cognición es que no es posible observarla directamente. Todo lo que ven es su producto: la conducta desplegada por la persona. Por lo tanto, no hay que perder de vista que las pruebas psicométricas crean fragmentos conductuales para poder desencadenar procesos cognitivos a partir de los cuales inferir rasgos o capacidades en la persona con lesiones neurológicas.
- *Cuestión 2.* Las pruebas psicométricas deben tratar de cubrir el mayor número posible de dominios, ya sean de naturaleza cognitiva, emocional o conductual. Asimismo, han de comprender tanto las cuestiones específicas de la persona como las posibles condiciones neurológicas, médicas o psiquiátricas sospechadas.
- *Cuestión 3.* Vigilar el uso de varias medidas de un mismo dominio (p. ej., utilizar en una misma evaluación psicométrica diversos test de memoria verbal). Si bien puede proporcionar una base más sólida para afirmar que determinado dominio está alterado o preservado, también puede ocasionar una redundancia de medición (limitando su utilidad para fines de clarificación).

- *Cuestión 4.* Emplear pruebas cuyo nivel de dificultad se adegue a la persona examinada. Si son demasiado fáciles o difíciles, darán lugar a los denominados efecto techo y efecto suelo, reduciendo la posible variabilidad del rendimiento y, en consecuencia, la fiabilidad de las pruebas. Siempre que sea posible, utilizar pruebas que dispongan de datos normativos que se adapten a la persona examinada.
- *Cuestión 5.* El rendimiento de la persona puede variar entre diferentes sesiones de evaluación. Por lo tanto, el profesional debe ser cauto al inferir el perfil cognitivo de la persona con base en una única administración.
- *Cuestión 6.* El rendimiento de la persona depende directamente de su nivel de cooperación.
- *Cuestión 7.* Las estrategias compensatorias desplegadas por el examinado durante la evaluación pueden influir en su rendimiento o bien enmascarar déficits subyacentes.
- *Cuestión 8.* Puntualmente se ha de trasgredir la estandarización idiosincrática de las pruebas psicométricas. Esta violación de las normas acostumbra a responder a dos motivos: (1) poder administrar la prueba, que de modo contrario sería inviable, y (2) obtener información extra clínicamente útil.
- *Cuestión 9.* El profesional debe ser flexible y creativo y estar preparado para complementar las pruebas psicométricas con procedimientos de evaluación informales, como pruebas referenciadas a criterios (que pueden o no estar estandarizadas y normalizadas) o pruebas elaboradas por él mismo.

Es importante recordar que los test neuropsicológicos aportan información sobre lo que una persona puede hacer en un determinado momento y en un contexto particular. Así, sirven como aproximaciones a lo que es posible o probable en otros entornos o contextos. Aunque son útiles y potencialmente reveladoras, nunca cuentan la historia completa. Describir las capacidades cognitivas de la persona únicamente en función de los resultados en los test proporciona una imagen sesgada y engañosa, porque elude las ricas interacciones entre cognición, emoción y personalidad. Los resultados en los test neuropsicológicos evidencian