

# LA FUNCIONALIDAD DE LA ENTREVISTA CLÍNICA EN LA EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA

## CLINICAL INTERVIEW'S FUNCTIONALITY IN EVALUATION, DIAGNOSIS AND NEUROPSYCHOLOGICAL INTERVENTION

Paula Andrea Montoya Zuluaga\*, Isabel Cristina Puerta Lopera\*\* y  
Olber Eduardo Arango Tobón\*\*\*

Fundación Universitaria Luis Amigó. Grupo de Investigación Neurociencias Básicas y Aplicadas, Colombia

Recibido: 26 de enero de 2013 - Aprobado: 19 de abril de 2013

Forma de citar este artículo en APA:

Montoya Zuluaga, P. A., Puerta Lopera, I. C. y Arango Tobón, O. E. (julio-diciembre, 2013). La funcionalidad de la entrevista clínica en la evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 258-277.

### Resumen

El presente artículo de reflexión se deriva de la investigación denominada Estandarización de pruebas Neurocognitivas en sujetos normales colombianos, y desarrolla las características de la entrevista en el proceso de evaluación, diagnóstico e intervención dentro de la Neuropsicología clínica. Los hallazgos bibliográficos retoman ciertas sutilezas de la historia clínica o anamnesis, otros se concentran en analizar los factores de riesgo que deban identificarse como información crucial para el diagnóstico, pero se evidencia un vacío en publicaciones relacionadas con las especificidades de la clínica neuropsicológica en las fases de evaluación, diagnóstico e intervención. Tras la escasez de investigaciones y literatura que explique y analice la importancia de este pilar fundamental en las diferentes fases de la clínica neuropsicológica, el artículo busca analizar y profundizar sobre la estructuración de la entrevista clínica en las fases ya referidas, sus características y funcionalidades para cumplir con el objetivo primordial de la neuropsicología clínica, que radica en establecer una evaluación ideográfica, para llegar a un diagnóstico (probablemente nomotético) que marque la línea para establecer un plan de tratamiento acorde y a la medida, con relación a la información que se obtiene del paciente a través de las sesiones de evaluación y tratamiento. Los autores asumimos una posición que posibilite visualizar las especificidades y generalidades de la entrevista para el proceso clínico neuropsicológico.

### Palabras clave:

Neuropsicología clínica, diagnóstico, entrevista, evaluación, intervención.

### Abstract

This theoretical article develops the interview's features in the assessment process, diagnostic and intervention in clinical neuropsychology. The findings bibliographic retake certain subtleties of the clinical history or anamnesis, others concentrate on analyzing the risk factors to be identified as crucial information for diagnostics, but it shows a gap in publications related to clinical Neuropsychological specificities in stage of assessment, diagnostic and intervention. Because of the shortage of research and literature to explain and analyze the importance of this fundamental pillar in several stages of neuropsychological clinic, the article attempts to analyze and deepen about clinical interview structuration in stage of assessment, diagnostic and intervention, its characteristics and functionalities to reach with the primordial objective elaborates on the structure of clinical interviews, features and functionalities to reach the primary objective of clinical Neuropsychology, which emerges on setting up a ideographical assessment, to get a diagnostic (probably nomothetic) which indicates the line to set up a treatment plan, consistent and tailored to the nomothetic relation and ideographical, which comes from the patient through assessment sessions and treatment. Authors assume a position that enables the specific and general view of the interview for clinical neuropsychological process.

### Keywords:

clinical neuropsychology, diagnosis, interview, assessment, intervention.

\* Psicóloga. Magíster en Neuropsicología. Doctora en Psicología con énfasis en Neurociencias, Grupo de investigación Neurociencias Básicas y Aplicadas, Fundación Universitaria Luis Amigó. Correo: [paula.montoyazu@amigo.edu.co](mailto:paula.montoyazu@amigo.edu.co), [paulamontoyaz@une.net.co](mailto:paulamontoyaz@une.net.co).

\*\* Psicóloga. Especialista en Terapia Cognitiva. Especialista en Psicología Jurídica. Magíster en Neuropsicología. Doctora en Psicología con énfasis en Neurociencias, Grupo de investigación Neurociencias Básicas y Aplicadas, Fundación Universitaria Luis Amigó. Correo: [ipuerta@funlam.edu.co](mailto:ipuerta@funlam.edu.co)

\*\*\* Psicólogo, Magíster en Neuropsicología. Fundación Universitaria Luis Amigó, Grupo de Investigación Neurociencias Básicas y Aplicadas. Correo: [olber.arangoto@amigo.edu.co](mailto:olber.arangoto@amigo.edu.co)

## Introducción

---

La neuropsicología clínica es un campo de acción dentro de las llamadas neurociencias que busca establecer y esclarecer las relaciones existentes entre el funcionamiento cerebral y la conducta humana. Dicho de otra manera, es la unión entre la neurología y la psicología, siendo la primera la que posibilita vislumbrar la funcionalidad en la organización cerebral, cuyo legado en la evaluación neuropsicológica son las estrategias clínicas (Ardila y Rosselli, 2007; Rosselli, Matute y Ardila, 2010; Verdejo-García y Tirapu-Ustárrroz, 2012; Rosselli, Ardila, Matute & Navarrete, 2010) y la segunda, el funcionamiento de cada una de los procesos psicológicos para que finalmente sea posible la actividad mental, además de aportar los procedimientos psicométricos (Ardila y Rosselli, 2007).

Es de destacar que esta actividad mental llega a visualizarse en la conducta humana, ya sea a través de actos motores, autoverbalizaciones, pensamientos e incluso emociones, que se manifiestan en los distintos contextos y áreas de funcionamiento de la persona. Visualizado de esta manera, estamos frente a una especialidad de la psicología matriculada dentro del campo de las neurociencias que posibilita explicar, describir y pronosticar la conducta de un individuo, no solo desde cada una de las funciones psíquicas superiores, sino también, como lo sintetiza Luria (1966; 1982), de la actividad consciente, una función humana que se ubica dentro de la arquitectura del Sistema Nervioso (SN), y que resulta fundamental para la existencia.

Mencionar el SN dentro del campo neuropsicológico, inherentemente genera la necesidad de poseer un conocimiento de la anatomía estructural y funcional del mismo, pues pretender el encuentro de una relación entre el cerebro y la conducta sin conocer y explicar desde un modelo teórico su arquitectura, funcionalidad y correspondencia con la conducta humana, sería un trabajo reduccionista y ciertamente técnico.

La neuropsicología clínica aboga por estudiar sistemáticamente la organización normal y patológica de la actividad psicológica a partir del SN, adoptando procedimientos clínicos y experimentales (Ardila y Rosselli, 2007; Labos, Pérez, Prefaneta y Slachevsky, 2008; Prigatano & Strupindky, 2010). En la práctica clínica, se investigan los factores de riesgo y de mantenimiento que pudieran llegar a ser protagonistas de la conducta actual del paciente (Luria, 1982; Ortiz Giraldo, Giraldo Giraldo y Palacio Ortiz, 2008) con el objetivo de realizar diagnósticos, pero también planes de rehabilitación y/o habilitación de funciones psicológicas alteradas, producto de una lesión cerebral estructural y/o funcional (Labos et al., 2008; Gómez, 2000), dentro de las que se pueden encontrar traumatismos cráneo-encefálicos, accidentes cerebrovasculares y patologías del neurodesarrollo. De igual manera es imperiosa la necesidad de visualizar los dominios neuropsicológicos intactos, a partir de los cuales se pueden planear estrategias de rehabilitación y/o habilitación en tanto el clínico se base en las potencialidades cognitivas (Christensen, 1978; Verdejo-García y Tirapu-Ustárrroz, 2012).

Hacer alusión a la clínica neuropsicológica, es hacer referencia a la evaluación, el diagnóstico y la intervención en términos de rehabilitación y/o habilitación. Existe una jerarquía con relación a estas etapas y el orden de mención no es aleatorio. Para que se posibilite crear un plan de rehabilitación y/o habilitación, es necesario poseer un diagnóstico neuropsicológico y este solo se logra a partir del análisis desde un modelo teórico neuropsicológico, de los procedimientos cualitativos y cuantitativos puestos en consideración dentro del proceso de evaluación.

## **Proceso de evaluación neuropsicológica**

Es además de la primera, la fase más relevante dentro de la neuropsicología clínica, pues ésta no es ajena a lo que teóricamente se conoce como trabajo clínico desde las especialidades médicas y psicológicas. Paul Meehl en 1954 empieza a reconocer la importancia de los datos estadísticos más que el juicio clínico en el diagnóstico. No obstante, a partir de la fecha se han implementado procedimientos diferentes a las pruebas objetivas que logran esclarecer la naturaleza y estado actual de la actividad consciente del paciente. Reducir la evaluación neuropsicológica a la aplicación de instrumentos o pruebas objetivas, es restarle importancia al conjunto de informaciones que facilitan comprender, junto con los resultados estadísticos, el funcionamiento de la actividad psicológica en el SN (Gregory, 2001; Sattler, 2008).

Los pilares fundamentales de toda evaluación dentro de las disciplinas de las ciencias sociales y humanas y de la salud son, sin lugar a dudas, las pruebas objetivas, los procedimientos informales, la entrevista y la observación (Sattler, 2003; 2008). Si bien en todos los casos clínicos no es imperante la necesidad de aplicar todos los procedimientos, sí es cierto que aplicar uno solo sería posibilitar el despliegue de la subjetividad y caer en un reduccionismo imperdonable para el bienestar del paciente. No es funcional ni coherente dentro de la neuropsicología clínica basarse en un solo pilar fundamental para generar explicaciones acerca de la problemática actual del paciente, la propuesta radica en proveer, como clínicos de la neuropsicología, de todos y cada uno de los pilares para el diagnóstico, el cual avanza de ser herramienta clínica para facilitar la creación de un plan de tratamiento.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que durante la evaluación neuropsicológica, el tipo de procedimientos de evaluación que se utilice va a depender de la orientación particular del clínico, de los recursos y condiciones existentes y de los objetivos de la evaluación (Ardila y Rosselli, 2007; Verdejo-García A y Tirapu-Ustárrroz, 2012). Particularmente, la entrevista debe estar enmarcada dentro de los objetivos de la evaluación y ser coherente para coadyuvar el inicio de una respuesta al cometido del motivo de consulta, y ello dependerá indudablemente del objetivo de la canalización, pues el mismo podrá partir desde un diagnóstico (ámbito clínico, deportivo, jurídico) hasta el ámbito

investigativo. Sea cual fuere el objetivo, el hecho de realizar la Entrevista Clínica Neuropsicológica (ECN) posibilitará cumplir el objetivo neuropsicológico.

Dentro del objetivo clínico, el proponer estrategias de intervención, difícilmente podría darse con la sola aplicación de pruebas o protocolos neuropsicológicos estandarizados y validados (Baterías rígidas) (Labos et al., 2008). El mecanismo que realmente posibilita tal labor, parte de lo que habitualmente se conoce como estructuración de la historia clínica, la anamnesis, la cual solo se logra diligenciar a través de la puesta en práctica de la entrevista (Ardila y Rosselli, 2007; Sattler, 2003; 2008). Esta sería la primera, mas no la única fase, de toda evaluación neuropsicológica (Allegrí, Glaser, Taragano y Buschke, 2008; Basuela Herreras, 2006), a través de la cual se le posibilita al clínico proponer el tipo de observaciones, de pruebas neuropsicológicas (Baterías flexibles) (Labos et al., 2008) y de procedimientos informales necesarios para el posterior diagnóstico y recomendaciones de intervención (rehabilitación y/o habilitación) del caso específico.

Una historia clínica completa facilita el conocimiento de la problemática actual del paciente, el tipo de daño cerebral, las consecuencias que el mismo trae para la conducta del paciente y la manifestación de la misma en los contextos donde este se desenvuelve (Pera, Ladera y Echeandía, 2001), información que proporciona al clínico generar estrategias de evaluación neuropsicológica, en términos del tipo de procedimientos más funcionales para el caso específico (Labos et al., 2008) así como la identificación de variables premórbidas que pudieran ser protagónicas tanto en las ejecuciones neuropsicológicas, aminorando las evidentes secuelas del daño cerebral (falsos negativos) o identificando las que realmente no existen (falsos positivos) (Ostrosky, 2008; Crawford, 1994), como en las posteriores estrategias de intervención.

Es así que la ECN permite obtener información relevante, confiable y válida acerca de los entrevistados y sus problemas. Esto incluye información acerca de su personalidad, temperamento, habilidades motoras, cognitivas y de comunicación, hábitos de estudio y de trabajo, comportamiento interpersonal, intereses, habilidades y dificultades en la vida diaria y percepción del problema que condujo a la canalización (Sattler, 2003; 2008; Baron, 2004; Lischinsky, 2008; Chelune, 2010).

La ECN, según lo expuesto anteriormente, exige clarificar un conjunto de herramientas que deberán ser bien conocidas por el profesional. Es así, que hablar de habilidades clínicas, técnicas y teóricas, resulta ser un grupo de componentes necesarios y suficientes para que todas las fases de la evaluación neuropsicológica (anamnesis o historia clínica), aplicación de procedimientos y formulación de una conclusión o diagnóstico, realmente cumplan su objetivo (Ardila y Rosselli, 2007; Christensen, 1978; Ostrosky, 2008; Lamberty y Nelson, 2012; Bernstein, 2000).

Las habilidades teóricas por su parte, hacen alusión a un grupo de aspectos consolidados dentro de la ciencia y que resultan ser el soporte y la visión conceptual con que se visualiza un caso clínico en la práctica neuropsicológica. Basarse en un modelo teórico científicamente aprobado (neoneconexionismo, sistemas funcionales, neuropsicología cognitiva, modelo neurofisiológico, etc.) para delinear los aspectos a indagar a través de la ECN, así como en el diagnóstico explicativo, descriptivo y diferencial, resulta de indudable pertinencia, la misma que facilita la puesta en práctica de las diversas pruebas neuropsicológicas. Es de destacar que conocer la aplicación de una prueba neuropsicológica hace parte de un procedimiento técnico, de entrenamiento, pero en la práctica clínica, este conocimiento, aunque necesario, no es suficiente, y de poco sirve aplicar el instrumento si no se tienen claros los objetivos para realizarlo, si no se comprende desde la teoría cuáles son los circuitos cerebrales que participan para la ejecución de la prueba. Dicho de otra manera, si teóricamente no se conoce el SN y la organización de este para la dinámica de las funciones cognoscitivas, y paralelo a esto, la funcionalidad de la AC, se terminaría realizando una evaluación con fines investigativos, que arrojaría perfiles cognoscitivos, difícilmente diagnósticos explicativos, diferenciales y propiciadores de propuestas de intervención, que es el fin último del diagnóstico neuropsicológico (Lamberty y Nelson, 2012).

Entonces pues, resulta reduccionista, clínicamente hablando, aplicar exclusivamente protocolos rígidos para la exploración de las diversas funciones psíquicas superiores. Si bien los protocolos dentro de la neuropsicología son útiles para fines investigativos, no lo son en la misma medida para fines clínicos y diagnósticos. Si ello no fuera así, no se necesitaría de una entrevista clínica inicial, sino que se aplicarían pruebas que científicamente se consideren posean la validez y confiabilidad para la exploración de la actividad consciente (Luria, 1982) y solo con los resultados estadísticos se proporcionaría un diagnóstico que, visto desde esta perspectiva, se quedaría corto para proponer estrategias de intervención, así como mecanismos para la realización de una evaluación de seguimiento tras la puesta en marcha de la intervención, que seguramente no generaría la remisión de la sintomatología por la cual se realizó la canalización (Sattler, 2003; 2008; Coppel, 2011).

Finalmente, la habilidad clínica se logra cuando se tiene un conocimiento teórico consolidado, un conocimiento técnico y una incuestionable experticia en el ámbito neuropsicológico. Entonces pues, realizar evaluaciones neuropsicológicas, específicamente ejecutar una ECN, requiere que el clínico posea las habilidades teóricas, técnicas y clínicas, siendo la primera la que posibilita el desarrollo de las demás.

## La entrevista clínica neuropsicológica

Es un procedimiento que se ejecuta tanto a lo largo de la evaluación como en la fase de intervención (rehabilitación/habilitación). Esto requiere que se haga alusión a tres tipos de entrevistas, las cuales se clasifican según el momento de ejecución en entrevista clínica inicial, pos-evaluación y de seguimiento, así mismo al interior de estas se estimará la pertinencia del grado de estructuración, desde una entrevista clínica no estructurada (ECNe), atravesando por una semi-estructurada (ECSe) y finalmente una estructurada (ECE); el tipo y grado de estructuración, sin lugar a dudas, dependerá del desarrollo de habilidades clínicas, teóricas y técnicas que posee el entrevistador, no obstante y siendo consistentes con la presente propuesta, deberán ejecutarse en su totalidad.

La entrevista clínica inicial está diseñada para informarle al paciente acerca del proceso de evaluación, naturaleza de la evaluación y forma en la que se va a realizar el proceso. En esta se obtiene información para el diagnóstico, la intervención y/o rehabilitación o asignación a programas especiales y antecede la aplicación de pruebas neuropsicológicas. Lo más relevante para el clínico es que a partir de esta entrevista, se reúna suficiente información que ayude a desarrollar hipótesis, seleccionar y aplicar pruebas apropiadas, lograr una evaluación válida del niño o adulto y diseñar intervenciones efectivas. Nótese que este primer encuentro con el paciente es el que posibilita el establecimiento de una hipótesis diagnóstica y, coherente con ello, el clínico planeará el tipo de procedimientos de evaluación (pruebas objetivas, tipo de entrevistas estructuradas y/o semiestructuradas, tipos de observaciones, procedimientos informales) sensibles para el paciente en particular y donde el recabar información relacionada con las variables premórbidas (en caso de lesión cerebral adquirida), será el punto de apoyo tanto para la selección de los procedimientos de evaluación pertinentes como para las estrategias de intervención, aspecto que por sí solo estructura un elemento importante que solo tiene desarrollo en la ECN.

Es oportuno que la entrevista clínica inicial integre los tipos de entrevistas según el grado de estructuración. Es así que si el clínico inicia con una ECNe, está permitiendo que los entrevistados cuenten sus historias con una guía mínima, no obstante, propician para que hablen acerca de aspectos relacionados con el problema que condujo a la canalización y dicha orientación requiere de habilidades clínicas. Es importante resaltar, que se debe seguir cualquier indicio según sea necesario y adaptar la entrevista al entrevistado específico, así como adaptar las preguntas según quién sea el entrevistado (Sattler, 2003; 2008).

Este grado de estructuración en la entrevista clínica inicial posibilita en primera instancia obtener información sobre la problemática del paciente y cómo ésta ha posibilitado la conducta actual. Además, con base en la información se tendrían elementos suficientes para realizar una ECSe. En esta

existen pautas a seguir, sin embargo, hay libertad en la formulación de preguntas, en las alternativas de interrogatorio y en la interpretación de las respuestas. Son útiles cuando se necesita obtener información detallada sobre una función psíquica en especial y posibilita detectar qué áreas específicas requieren preguntas adicionales (Sattler, 2008; Bilder, 2011).

Estas últimas logran clarificarse a través de una entrevista estructurada diseñada para aumentar la confiabilidad y validez de la información recogida a través de la ECNe y de la ECSe; generan información acerca de la presencia, ausencia, gravedad, comienzo y duración de los síntomas, pero otras, generan puntuaciones cuantitativas en áreas de síntomas o índices globales de patología y tienen un valor importante dentro de la práctica clínica al minimizar el efecto del prejuicio y la necesidad de inferencia clínica en el proceso de entrevista. No obstante, es un grado de estructuración que puede interferir con el establecimiento del *rapport*, además que dificulta seguir los indicios significativos, pues las respuestas son cortas y proporcionan información mínima, solo proporcionan diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* (Lobbestael, Leurgans & Arntz, 2011); no se centran en dinámicas específicas y tampoco se enfocan en un análisis funcional de los problemas conductuales y cognitivos. Además, resultan peligrosas en términos de confiabilidad, verbigracia, los niños pueden no ser informantes confiables; la confiabilidad varía de acuerdo al diagnóstico, la concordancia entre respuestas del niño y los padres puede ser baja (Valencia García y Andrade Palos, 2005; Viñas Poch et al., 2008) y finalmente si es extensa, afecta la capacidad de concentración y, en consecuencia, es posible que la información pierda validez (Sattler, 2008; Fernández-Ballesteros, 2005; Jones, 2010).

Debido a lo anterior, ejecutar en la entrevista clínica inicial todos los grados de estructuración de la entrevista, es indudablemente funcional y acorde con las fases de evaluación neuropsicológica. Es así que con ella se posibilitan: la conformación de la historia clínica, la entrevista neuropsicológica, la identificación de aspectos pragmáticos de la comunicación verbal, la organización, selección y aplicación de pruebas neuropsicológicas (Batería Flexible vs. Batería fija), la interpretación y análisis de las ejecuciones en los tests neuropsicológicos y finalmente la estructuración de hipótesis diagnósticas que se modificarán, refutarán o confirmarán posteriormente.

A manera de síntesis, se realizará una descripción de cada una de los beneficios de la ECN. Si el lector desea ahondar sobre los mismos se puede remitir a los trabajos de diversos autores (Christensen, 1978; Basuela Herreras, 1006; Risueño, Motta y Corso, 2005; Csordas, Dole, Tran, Strickland & Storck, 2010), pues detallar sobre los mismos, excedería los objetivos del escrito. Además, solo se mencionan los que tienen un aporte específico al diagnóstico neuropsicológico, sin mencionar aquellos cuya importancia clínica es incuestionable pero que por su carácter son generalizables para toda práctica clínica.

## Conformación de la historia clínica (HC)

Se busca hallar información sobre variables etiológicas, de mantenimiento y de cronificación, información que resulta similar en los casos en los que se amerita la práctica clínica. Es así que en la anamnesis se indaga mediante un objetivo claro y pertinente. No obstante, en la ECN las variables demográficas, no menos importantes a las mencionadas anteriormente, resultan ser un dato indispensable para la adopción de protocolos flexibles, su interpretación clínica, el diagnóstico y la intervención. De no tenerlas en cuenta, se corre el riesgo de sobre-diagnosticar o sub-diagnosticar trastornos cognitivos (Crawford, 1994; Labos, 2008; Buffery, 1980; Baron, Fennell & Voelker, 1995).

*VARIABLES DEMOGRÁFICAS* como la edad (las características del cerebro entre un niño y un adulto, son neurológicamente diferentes), permiten tener en cuenta la plasticidad cerebral, equipotencialidad, vulnerabilidad variable y respuesta a las noxas. Las modalidades de procesamiento de la información cambian con la edad en un mismo individuo (Basuela Herreras, 2006; Baron et al., 1995), el género y la preferencia manual se relacionan con menor o mayor asimetría cerebral. Adicionalmente existen influencias del género que influyen en los rendimientos que exigen capacidades viso-espaciales, el origen étnico y tipo de vivienda (alerta de ciertas enfermedades y vulnerabilidades desarrolladas) (Risueño et. al., 2005), nivel educativo (posibilita inferir posibles variables premórbidas, factores de protección o de riesgo para una recuperación dirigida a alteraciones cognitivas), estrato socio-económico (influye en el tipo de ocupación, antecedida esta por el nivel educativo (Basuela Herreras, 2006), nivel sociocultural (exigencia intelectual de la profesión ejercida por el sujeto, actividades culturales que realiza durante el tiempo libre y los estímulos culturales del medio ambiente) (Ostrosky, Canseco, Quintanar, Navarro Meneses, 1985) y lateralidad (posibilita que el clínico identifique mayor potencial sensitivo y capacidad para desempeñar actividades motoras de un lado del cuerpo), de igual modo es importante tener en cuenta la lateralidad corporal vs. lateralidad cerebral, lateralidad motora o hemisferio dominante. Así mismo, indagar sobre esta predominancia hemisférica posibilita lateralizar la lesión e identificar lo más funcional en términos de evaluación y rehabilitación y/o habilitación (Perea Bartolomé, Ladera Fernández y Echeandía Ajamil, 2001); identificar la lateralización es indispensable para la utilización, calificación e interpretación del rendimiento en los diversos instrumentos neuropsicológicos, los cuales deben adecuarse a las características sociales y culturales del paciente (Ostrosky, 2008; Ostrosky et al., 1985; Phay, 1992).

El *motivo de consulta* busca detallar las razones de la evaluación o la remisión (Sattler, 2008); posibilita, a través de la entrevista clínica inicial, identificar la manera como se manifiestan los síntomas (Ardila y Rosselli, 2007; Risueño et al., 2005; Labos, 2008) y si es espontánea o inducida (Christensen, 1978). Es un dato clínico que solo lo posibilita esta entrevista y que facilita la creación de una estructura de evaluación.



Los *antecedentes de la enfermedad o historia del problema* buscan reunir información de los problemas del paciente: evolución y características de la queja cognitiva, grado de consciencia del trastorno (total, parcial, anosognosia), forma y momento del comienzo de los síntomas, registro de situaciones desencadenantes, frecuencia con la que se presenta, manejo de la situación (Ardila y Rosselli, 2007; Labos, 2008). El inicio de los síntomas da información al clínico sobre si son adquiridos o del desarrollo (Ardila y Rosselli, 2007; Christensen, 1978; Labos, 2008).

El *estado actual*, en que se visualiza el deterioro de las áreas de funcionamiento y las implicaciones sobre las mismas tras la presentación del problema. Ello facilitará realizar un plan de tratamiento en términos ecológicos, es decir, exclusivo según las necesidades del paciente y su contexto inmediato (Labos, 2008).

Los *antecedentes personales*, entre los que se encuentran los médicos y psiquiátricos. Ello facilita definir vulnerabilidades que pudieran aproximarse a la explicación de la conducta actual (Lischinsky, 2008; Valencia García y Andrade Palos, 2005; Viñas Poch et al., 2008). En el caso de los niños y adolescentes, dentro de la ECN es relevante indagar sobre aspectos del embarazo como: 1) sintomatología ansiosa y/o depresiva, ya que esta genera modificaciones somáticas que afectan indirectamente; 2) parto prematuro, que puede indicar un crecimiento intrauterino retardado. En las 10 primeras semanas gestacionales (17-55) existe mayor vulnerabilidad de lesión cerebral ante agentes teratógenos; 3) ingesta de hierro y ácido fólico que pueden posibilitar complicaciones en el desarrollo del tubo neural, facilitando anencefalia o espina bífida; 4) edad de la gestante: las gestantes jóvenes, están más predispuestas a hipertensión, desproporción cefalopelviana, anemia, amenazas de aborto y las mayores de 40 años, a sufrir envejecimiento de óvulos, lo que conlleva a alteraciones cromosómicas; 5) edad del progenitor: por su parte, el padre mayor de 60 años, es un factor de riesgo de acondroplasia o anomalía del crecimiento óseo, entre otros (Risueño et al., 2005; Kinney, Munir, Crowleya & Miller, 2008).

Por último, la presencia de otras enfermedades, independientes de la edad como hipotiroidismo congénito y diabetes gestacional, inciden en el desarrollo del SN. Las infecciones, enfermedades endocrinas, desnutrición materna, incompatibilidad del RH, traumatismo en el embarazo, se pueden considerar como factores de riesgo para un retardo mental. Como *factores familiares* cruciales está la identificación de consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y/o tabaquismo en la etapa gestacional, ya que los mismos facilitan prematurez y son factores de riesgo para posibles problemáticas relacionadas con bajo rendimiento cognitivo, trastornos de conducta, retardo mental, trastornos del desarrollo (Csordas et al., 2010; Pineda et al., 2003; Artigas-Pallarés, Guitart y Gabau-Vila, 2013).

Resulta importante indagar en los casos de niños y adolescentes la *historia del desarrollo* de las áreas motora, lenguaje, social, escolar (Pérez-Blasco, Ferri-Benedetti, Melià-De Alba y Miranda-Casas, 2007; Brown & Roberts, 2000). Esta información posibilita visualizar la velocidad de desarrollo en todas y cada una de las áreas con relación al criterio estadístico (Belloch, Sandín y Ramos, 1995; Anderson, Northan, Hendy & Wrennall, 2001) e identificar factores de riesgo que pudieran incidir en la conducta actual.

Indagar por el *período perinatal* es importante para averiguar posibles infecciones en el momento del parto, pues resultan un factor de riesgo para daño neurológico. Así mismo, indagar presencia de hipoxia/anoxia, que son factores de riesgo para parálisis cerebral, retardo psicomotor y trastornos del aprendizaje (Csordas et al., 2010; Anderson et al., 2001).

Se averigua por el *período neonatal*, esto es, si hubo deformación craneana, se sospecha la probable presencia de síndrome de Rett (Csordas et al., 2010; Artigas-Pallarés et al., 2013). De igual manera, indagar sobre el tipo de temperamento resulta funcional para estimar presencia de factores de riesgo que pudieran señalar un probable trastorno del neurodesarrollo (Trujillo-Orrego et al., 2009).

Los *antecedentes médicos y familiares* se consideran de relevancia clínica dentro de la ECN, especialmente aquellos que por su carácter resultan factores de riesgo para la presencia o aparición de trastornos psiquiátricos, neurológicos y neuropsicológicos. Además la información suministrada facilita que el clínico sospeche de factores a nivel ambiental que pudieran explicar la cronificación y mantenimiento de la sintomatología.

La *historia escolar y laboral* recaba información en términos de logros y fracasos, tanto antes como después de la aparición de la sintomatología. Esta variable premórbida se considera relevante en el caso de los adultos, no obstante, un niño o adolescente sin evidencia de una lesión cerebral, pero con una clara historia a nivel del desarrollo escolar, posibilita que el clínico consolide su hipótesis diagnóstica y estructure determinado plan de evaluación (Ostrosky, 2008).

La *descripción de la conducta* es una variable en la que se consignan las percepciones que el clínico tenga con relación a la conducta del paciente. Acá se relacionan los criterios clínicos basados en la observación del paciente y las diversas modalidades de entrevista, con el motivo de consulta (Sattler, 2008).

Expuesto lo anterior, cabe resaltar, que la conformación de la HC es un aspecto que se estructura con base en la ECN, es así, que resulta funcional generar los grados de estructuración necesarios y suficientes que le posibiliten al clínico de la neuropsicología hasta este punto de la evaluación, generar la cantidad de hipótesis diagnósticas que se verán refutadas o confirmadas cuando se prosiga al desarrollo de los demás pilares fundamentales de la evaluación y el diagnóstico neuropsicológico.

Durante la conformación de la HC es menester la evaluación de algunos de los aspectos mencionados en el presente apartado, sin embargo, como percepción subjetiva se propone que dentro de la misma HC en una sección que se titule *Entrevista Neuropsicológica*, deberán detallarse los elementos implícitos en esta, dada la invaluable importancia que esta información tiene para el clínico, tanto para generar hipótesis diagnósticas neuropsicológicas, como para estructurar un plan de evaluación hecho a la medida del paciente. Conjuntamente posibilita, como bien lo decía Luria (1982), la ubicación neuroanatómica del compromiso cognitivo y la explicación en términos de sistemas funcionales complejos intactos y comprometidos. Luria (1966; 1982) ha sido el autor en la Neuropsicología clínica que más se ha preocupado por generar la necesidad de recabar información que conduzca a una evaluación realmente clínica, aunque no niega el valor que puedan tener las pruebas objetivas y la pertinencia de estas a la luz de las apreciaciones clínicas. Es así que se identifican cuatro aspectos relevantes en la entrevista previa a la evaluación neuropsicológica: 1) la identificación del nivel de consciencia, 2) del nivel premórbido, 3) el juicio sobre sí mismo y la situación, y 4) la identificación de dolencias.

1) En la *identificación del nivel de consciencia* se le pregunta al paciente por su nombre, fecha, lugar de nacimiento, residencia y edad, de tal manera que se pueda identificar su nivel de consciencia. También se le hacen preguntas relacionadas con la orientación en el tiempo y en el espacio, algunos datos familiares que serán confirmados por el acompañante y preguntas relacionadas con la problemática actual y sobre hechos conocidos. En el discurso del paciente será importante identificar que la fluidez verbal sea coherente con la edad. Por su parte, Lischinsky (2008) asegura que el clínico logra identificar el nivel de consciencia evaluando no únicamente el nivel de alerta, que si bien es fundamental, no es suficiente para identificar el nivel de consciencia, el cual a menudo, es equivalente al estado de vigilia. Ella considera de vasta importancia evaluar la *awareness*, el contenido de la consciencia, que da cuenta del procesamiento significativo de los estímulos internos y externos, así como la capacidad del paciente para emitir respuestas significativas a dichos estímulos. Tanto esta autora como Christensen (1978) convergen en aseverar que el clínico debe tener en cuenta en qué tipo de aspectos falla el paciente, si las respuestas son rápidas o lentas, si los compromisos en el nivel de consciencia son primarios o secundarios a una posible alteración espacio-temporal y visualizar si hay presencia de cronognosia (sentido del tiempo) o defectos de cronología (evaluación verbal).

2) La *identificación del nivel premórbido* es relevante en tanto alerta al clínico sobre el tipo de pruebas sensibles o no para el paciente en particular, da herramientas sobre probables planes de rehabilitación y/o habilitación, en el sentido que a mayor reserva cognitiva mayor probabilidad de recuperar la dinámica de ciertos circuitos neuronales tras la lesión cerebral y viceversa (Ostrosky, 2008; Crawford, 1994; Binder, 1992). En este apartado se propone indagar: 1) Estudios realizados: nivel de desarrollo intelectual del paciente, alcance de sus ideas, nivel de conocimiento, habilidades;

2) Experiencia laboral: sirve de control para una ejecución con éxito aparentemente, pero puede ocultar un defecto presente; 3) Hobbies. 4) Estimar el coeficiente intelectual premórbido: posibilita interpretar los rendimientos y saber si son consistentes o no con las habilidades premórbidas. Incide en la valoración de manifestaciones conductuales como lentitud y rapidez en la respuesta y emotividad o control, pues pueden ser un signo de enfermedad o rasgos de la personalidad individual. 5) Control de las variables inherentes a los test como son el efecto piso y el efecto techo. Un sujeto puede presentar bajos rendimientos en un test porque este es muy difícil para él y no porque presente una disfunción en el área cognitiva en estudio (efecto techo) o por el contrario, un sujeto con muy buen nivel intelectual o talentoso en el área examinada por el test puede tener un buen rendimiento porque este no representa una dificultad para él y no porque el área cognitiva estudiada esté indemne (efecto piso) (Labos, 2008).

3) La *identificación del juicio sobre sí mismo y la situación* indaga por la capacidad del paciente para evaluar las propias reacciones y la sintomatología presente. Se explora el juicio de sí mismo a nivel cognitivo, emocional y conductual, así como la percepción que posea de las situaciones y de los otros. Ello resulta importante, en tanto que posibilita identificar una anosognosia parcial, total o ausencia de la misma (Christensen, 1978; Lischinsky, 2008).

4) En la *identificación de dolencias* el clínico debe visualizar el tipo, número y frecuencia de las quejas, así como las que están o no relacionadas directamente con el motivo de consulta; determinar si la queja es vaga o persistente; establecer si el síntoma es aislado y si su presentación es episódica o progresiva. Ello lleva a identificar además de la ubicación neuroanatómica (áreas anteriores o posteriores comprometidas), posibles simulaciones cognitivas (Chica-Urzola, Escobar-Córdoba y Folino, 2005; Puerta Lopera, Betancur Arias y Herrera Pino, 2009). Entre las dolencias más típicas se encuentran cefalea, hipoacusia, problemas en cuanto a la iniciativa para hacer las cosas, el recuerdo de situaciones infantiles, la comida del día anterior y los mandatos asignados, problemas de lecto-escritura, la autonomía para actividades de la vida diaria, el lenguaje comprensivo, dificultades en las habilidades de cálculo, respecto al manejo del dinero, cambios emocionales inmotivados, presencia de alucinaciones y/o delirios, perturbaciones del sueño, polidipsia, bulimia y alteraciones en el deseo sexual (Christensen, 1978).

Lo anterior se ve complementado por una *identificación de aspectos pragmáticos de la comunicación verbal* que le posibilita al clínico visualizar en el paciente el nivel de comprensión verbal y adecuación de las respuestas y características de la producción oral como la fluidez, prosodia, presencia de anomias espontáneas y claridad del mensaje (Weintraub, 2000).

Luego de esto el neuropsicólogo clínico organiza y seleccionar la aplicación de pruebas neuropsicológicas, es decir, selecciona las herramientas necesarias para establecer un plan de evaluación que le facilite la organización e interpretación de la evaluación cognitiva para evitar falsos positivos o falsos negativos (Labos, 2008).

Weintraub (2000) propone categorizar por funciones de estado (alerta, humor, motivación, atención, memoria de trabajo, funciones ejecutivas) y de canal (lenguaje, praxias, cálculo, orientación derecha-izquierda, denominación de las partes del cuerpo, capacidades perceptivas y espaciales complejas, memoria, capacidad de razonamiento, planificación y conceptualización) y la evaluación, dependiendo de las quejas del paciente, las cuales se visualizan desde la misma ECN. Con base en esta, y utilizando procedimientos informales, las primeras funciones a evaluar son las de estado, pues un compromiso en estas influye en la selección de los test e interpretación de los rendimientos. Nótese que esta evaluación, a través de procedimientos informales, puede realizarse a partir de un formato de entrevista.

A través de la ECN, no solo el clínico logra identificar el tipo de evaluación neuropsicológica para realizarle al paciente, también logra organizar y seleccionar la aplicación de ECE y/o pruebas psicológicas y psicoeducativas que considere oportuno practicarle. Ello es coherente con los planteamientos de Labos (2008) cuando afirma que la evaluación neuropsicológica abarca preguntas relacionadas con la neurología, la psicología y la psiquiatría y que la misma posibilita estructurar un conjunto de ECE y pruebas psicométricas desde la psicología (Sattler, 2008). Finalmente, el clínico se basa en una variedad de pruebas, incluyendo las ECE según el motivo de consulta, la edad, el nivel de escolaridad y los objetivos de la evaluación.

*Interpretar y analizar las ejecuciones en los tests neuropsicológicos* posibilita interpretar las ejecuciones neuropsicológicas, ayudando a evitar falsos positivos o falsos negativos (Labos, 2008). A través de esta se logran visualizar estados emocionales y grado de cooperación, factores que intervienen en las ejecuciones neuropsicológicas (Sattler, 2008).

*Hipótesis diagnósticas:* por último la entrevista clínica inicial posibilita al clínico estructurar hipótesis diagnósticas que se modificarán, refutarán o confirmarán posteriormente y por ende, realizar un diagnóstico diferencial, explicativo y descriptivo. Las pruebas objetivas por sí mismas rara vez son suficientemente discriminativas para poder establecer un diagnóstico en ausencia de otros hallazgos clínicos confirmativos (Perea et al., 2001).

## Conclusión

---

Se puede afirmar que la ECN, en todos y cada uno de sus grados de estructuración, resulta ser una herramienta funcional dentro de la entrevista clínica inicial, no sólo facilitando la conformación de una HC, sino la estructuración de un plan de evaluación, la creación de hipótesis diagnósticas y lineamientos de rehabilitación y/o habilitación.

No obstante, la entrevista clínica inicial no es la única que se debe llevar a cabo en la clínica neuropsicológica, ya que la ECN es relevante durante todo el proceso clínico con el paciente. Como se había mencionado con antelación, existen ECP y ECS. La primera también conocida como entrevista de salida o interpretativa, está diseñada para analizar hallazgos y recomendaciones de la evaluación con los padres, los maestros y el mismo paciente; ayuda a comprender hallazgos y posibles intervenciones. En términos psicológicos esta sería la implementada en la entrega del informe oral y escrito y posee un nivel alto de importancia, en tanto permite al clínico visualizar si las recomendaciones sugeridas después de la evaluación serán puestas en práctica, además de que en esta entrevista se realizarían intervenciones pertinentes relacionadas con el diagnóstico neuropsicológico, verbigracia, indagar creencias disfuncionales que se tengan con relación a tratamientos farmacológicos. Por su parte, la ECS busca evaluar los resultados de las intervenciones (rehabilitación/habilitación) y estimar la idoneidad de los hallazgos y recomendaciones de evaluación. Si puesta en práctica dicha entrevista, con los grados de estructuración pertinentes para el caso específico, se identifica una remisión bajamente importante en la sintomatología del paciente, al clínico se le posibilitará reevaluar el plan de rehabilitación y/o habilitación, así como la evaluación de posibles intervenciones inter y multidisciplinarias.

En términos generales, la ECN posibilita comunicar y aclarar la naturaleza y metas del proceso de evaluación, comprender las expectativas con respecto al proceso de evaluación, obtener información sobre sucesos pasados y presentes, documentar el contexto, la gravedad y la cronicidad del problema actual, utilizar procedimientos flexibles para hacer preguntas, resolver respuestas ambiguas, comparar conductas verbales y no verbales, verificar la información obtenida con anterioridad, formular hipótesis que puedan ponerse a prueba utilizando otros procedimientos de evaluación, conocer la percepción y comprensión acerca del problema, conocer creencias, valores y expectativas que los otros tengan con relación a la problemática, evaluar la receptividad a diversas estrategias de intervención y su disposición a seguir las recomendaciones.

Aun así, la ECN genera dificultad para establecer la confiabilidad y validez, pues la información que obtiene un entrevistador puede diferir de la obtenida por otro, los entrevistadores pueden no obtener datos importantes y pueden no interpretar los mismos datos con precisión. Los entrevi-

tados por su parte, pueden proporcionar información imprecisa (lapsus de memoria, distorsión en sus respuestas, mostrarse renuentes a revelar información, ocultarla deliberadamente o incapaces de responder las preguntas). Los niños pequeños y adultos con determinada lesión cerebral pueden tener limitaciones en sus habilidades de lenguaje y por ello presentar dificultades para describir la situación actual. Así mismo el paciente puede sentirse amenazado, incompetente o presionado, y por ello no responder de manera precisa y adecuada; puede ser susceptible a sugerencias sutiles, no intencionales, que influya en sus respuestas y finalmente, pueden existir prejuicios personales que dan como resultado atención y recuerdo selectivo, asociaciones imprecisas y conclusiones erróneas (Sattler, 2008; Basuela Herreras, 2006; De la Peña et al., 1998; Kuljis, 2002).

Es por esto, que si bien la ECN resulta necesaria para el proceso de evaluación neuropsicológica, no es suficiente y el clínico no puede pretender llegar a un diagnóstico neuropsicológico solamente por la vía de la entrevista, como tampoco por la vía de la aplicación de protocolos neuropsicológicos.

La visión de la Neuropsicología clínica no es reduccionista; es la integración de los pilares fundamentales para finalmente generar un diagnóstico y, conforme a este, generar herramientas de intervención (rehabilitación/habilitación). Poseer habilidades para la entrevista asegura, sin lugar a dudas, el alcance de los objetivos en cada una de las etapas de la neuropsicología clínica: evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento de la sintomatología.

La ECN está presente en todas las etapas de la clínica neuropsicológica en cualquiera de sus grados de estructuración, es la que le permite al neuropsicólogo realizar clínica neuropsicológica; sin restarle importancia a las pruebas objetivas o baterías neuropsicológicas, es utópico pretender que estos proporcionen el diagnóstico neuropsicológico. La ECN, por un lado, facilita tanto la estructuración de la evaluación objetiva, en términos de baterías flexibles, como la interpretación y el análisis de los datos estadísticos a la luz de la problemática del paciente. Por otro lado, acompañará el trabajo clínico en las fases de pos-evaluación y seguimiento; sin la presencia de este pilar fundamental perdería *matiz* la práctica neuropsicológica y el clínico terminaría siendo técnico.

## Referencias

- Allegri, R., Glaser, F. B., Taragano, F. E. & Buschke, H. (August, 2008). Mild Cognitive Impairment: Believe It Or Not? *International Review of Psychiatry*, 20(4), 357-363.
- Anderson, V., Northan, E., Hendy, J. & Wrennall, J. (2001). *Developmental Neuropsychology: A Clinical Approach*. New York: Psychology Press.
- Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Artigas-Pallarés, J., Guitart, M. y Gabau-Vila, E. (2013). Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, 56(Supl. 1): S23-34.
- Baron, I. S., Fennell, E. & Voeller, K. (1995). *Pediatric Neuropsychology in the Medical Setting*. New York: Oxford University Press.
- Baron, I. S. (2004). *Neuropsychological Evaluation of the Child*. New York: Oxford University Press.
- Basuela Herreras, E. (2006). La evaluación neuropsicológica: procedimiento, instrumentos y variables. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*, (7), 19-26.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*, volumen 1 y 2. Madrid: McGraw Hill.
- Berstein, J. (2000). Developmental Neuropsychological Assessment. En K. Yates, M. Ris & H. Taylor (Eds.), *Pediatric Neuropsychology: Research, Theory and Practice* (pp 405-438). New York: Guilford University Press.
- Bilder, R. M. (January, 2011). Neuropsychology 3.0: Evidence-Based Science and Practice. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(1), 7-13.
- Binder, L. M. (1992). Deception and Malingering. *Handbook of Neuropsychological Assessment*. New York: Plenum Press.
- Brown, K. J., Roberts, M. C. (March, 2000). Future issues in pediatric psychology: Delphic Survey. *Journal of Clinical Psychology in Medical settings*, 7(1), 5-15.
- Buffery, W. H. (1980). Neuropsicología clínica: revisión y previsión. *Estudios de psicología*, (1), 83-109.
- Chelune, G. (April, 2010). Evidence-based research and practice in clinical neuropsychology. *The Clinical Neuropsychologist*, 24(3), 454-467. doi: 10.1080/13854040802360574



- Chica-Urzola, H. L., Escobar-Córdoba, F. y Folino, J. O. (2005). La entrevista psiquiátrica del sujeto simulador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(Supl. 1), 60-72.
- Christensen, A. L. (1978). *El diagnóstico neuropsicológico de Luria: pruebas de exploración, conducta del paciente y localización cerebral de los trastornos neuropsicológicos en una síntesis práctica*. Madrid: Visor.
- Coppel, D. B. (November, 2011). Use of Neuropsychological Evaluations. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 22(4), 653-664. doi: 10.1016/j.pmr.2011.08.006.
- Crawford, J. R. (1994). Current and Premorbid Intelligence measures in Neuropsychological Assessment. *Handbook of Neuropsychological Assessment* (pp. 21-49). New York: IEA.
- Csordas, T. J., Dole, C., Tran, A., Strickland, M. & Storck, M. G. (March, 2010). Ways of asking, ways of telling: a methodological comparison of ethnographic and research diagnostic interviews. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34(1), 29-55. doi: 10.1007/s11013-009-9160-4.
- De La Peña, F., Patiño, M., Mendizabal, A., Cortés, J., Cruz, E., Ulloa, R. E., Villamil, V. y Lara, M. C. (diciembre, 1998). La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental*, 21(6), 11-18.
- Fernández-Ballesteros, R. (2005). *Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid: Pirámide.
- Gómez, R. D. (2000). Elementos para la elaboración y evaluación de un diagnóstico de Salud Pública. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Gregory, R. (2001). *Evaluación psicológica: historia, principios y aplicaciones*. México. Manual Moderno.
- Jones, K. D. (Spring, 2010). The unstructured clinical interview. *Journal of Counseling & Development*, 88, 220-226.
- Kinney, D. K., Munir, K. M., Crowleya, D. J. & Miller, A. M. (October, 2008). Prenatal stress and risk for autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(8), 1519-1532. doi: 10.1016/j.neubiorev.2008.06.004.
- Kuljis, R. O. (2002). Evaluación neurológica de los trastornos del aprendizaje. *RET Revista de Toxicomanías*, (33), 36-40.

- Labos, E., Pérez, C., Prenafeta, M. L. y Slachevsky, L. (2008). La evaluación en Neuropsicología. En E. Labos, A. Slachevsky, P. Fuentes y F. Manes, *Tratado de Neuropsicología clínica. Bases conceptuales y técnicas de evaluación* (pp. 71-81). Buenos Aires: Akadia.
- Labos, E. (2008). Rehabilitación neuropsicológica. En E. Labos, A. Slachevsky, P. Fuentes y F. Manes, *Tratado de Neuropsicología clínica. Bases conceptuales y técnicas de evaluación* (p. 619). Buenos Aires: Akadia.
- Lamberty, G. J. & Nelson, N. W. (2012). *Specialty Competencies in Clinical Neuropsychology*. New York: Oxford University Press.
- Lischinsky, A. (2008). El examen neuropsiquiátrico. En E. Labos, A. Slachevsky, P. Fuentes y F. Manes, *Tratado de Neuropsicología clínica. Bases conceptuales y técnicas de evaluación* (pp. 83-92). Buenos Aires: Akadia.
- Lobbestael, J., Leurgans, M. & Arntz, A. (January-February, 2011). Inter-rater Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(1), 75-79. doi: 10.1002/cpp.693.
- Luria, A. R. (1966). *Human Brain and Psychological Processes*. New York: Harper & Row.
- Luria, A. R. (1982). *Introducción evolucionista a la psicología*. Barcelona: Fontanella.
- Ortiz Giraldo, B., Giraldo Giraldo, C. A. y Palacio Ortiz, J. D. (marzo, 2008). Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados. *Iatreia*, 21(1), 54-62.
- Ostrosky, F. (2008). Efectos de la educación en las funciones cognoscitivas: reserva cerebral, compensación o efecto de las pruebas. En E. Labos, A. Slachevsky, P. Fuentes y F. Manes, *Tratado de Neuropsicología clínica. Bases conceptuales y técnicas de evaluación* (pp. 95-100). Buenos Aires: Akadia.
- Ostrosky, F., Canseco, E., Quintanar, L., Navarro, E. y Meneses, S. (mayo-agosto, 1985). Efectos socioculturales en la evaluación neuropsicológica. *Boletín de psicología*, 8(2), 13-38.
- Perea Bartolomé, M. V., Ladera Fernández, V. y Echeandía Ajamil, C. (2001). *Neuropsicología. Libro de Trabajo*. (2ª ed). Salamanca: Amarú.
- Pérez-Blasco, J., Ferri-Benedetti, F., Melià-De Alba, A. y Miranda-Casas, A. (2007). Resiliencia y riesgo en niños con dificultades de aprendizaje. *Revista de Neurología*, 44(Supl. 2), S9-S12.

- Phay, A. J. (1992). Use of history in Neuropsychological Assessments. In C. J. Long & L. K. Ross, *Handbook of Head Trauma: Acute Care to Recovery* (pp. 35-56). New York: Plenum Press.
- Pineda, D. A., Puerta, I. C., Merchán, V., Arango, C. P., Galvis, A. Y, Velásquez, B., Gómez, M., Builes, A., Zapata, M., Montoya, P., Martínez, J., Salazar, E. O. y Lopera, F. (abril, 2003). Factores perinatales asociados con la aparición del trastorno por deficiencia de atención en niños de la comunidad colombiana 'Paisa'. *Revista de Neurología*, (36), 609-613.
- Prigatano, G. P. & Morrone-Strupinsky, J. (April, 2010). Advancing the profession of clinical neuropsychology with appropriate outcome studies and demonstrated clinical skill. *The Clinical Neuropsychologist*, 24(3), 468-480. doi: 10.1080/13854040802585048.
- Puerta Lopera, I. C., Betancur Arias, J. D. y Herrera Pino, J. A. (enero-julio, 2009). La simulación de disfunción neurocognitiva en el campo de la neuropsicología forense: aproximaciones teóricas. *Psicología desde el Caribe*, (23), 1-20.
- Risueño, A., Motta, I. y Corso, V. (2005). Más allá de lo obvio. Lo oculto desde una visión neuropsicológica. *Psiquiatría.com Revista internacional on-line*, 9(2). Recuperado de: <http://www.psiquiatría.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/view/492>
- Rosselli, M., Ardila, A., Navarrete, M. G. & Matute, E. (March, 2010). Performance of Spanish/English Bilingual Children on a Spanish-Language Neuropsychological Battery: Preliminary Normative Data. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 218-235. doi:10.1093/arclin/acq012
- Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México: Manual Moderno..
- Sattler, J. (2003). *Evaluación infantil: aplicaciones cognitivas*. Volumen I. 4ª ed. México: Manual Moderno.
- Sattler, J. (2008). *Evaluación infantil: aplicaciones conductuales, sociales y clínicas*. Volumen II. 5ª ed. México: Manual Moderno.
- Tirapu Ustárroz, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Intervención Psicosocial*, 16(2), 189-211. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-05592007000200005>.
- Trujillo-Orrego, N., Pineda, D. A., Arango, C. P., Puerta, I. C., Lopera, F., Aguirre-Acevedo, D. C., Hincapié-Henao, L., Pineda-Álvarez, D. E., Arcos-Burgos, M. y Muenke, M. (2009). Dimensiones del fenotipo conductual del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos de familias antioqueñas utilizando la escala Wender-Utah en español. *Revista de neurología*, 48(8), 395-400.

- Valencia García, M. del R. y Andrade Palos, P. (2005). Validez del *Youth Self Report* para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 499-520.
- Verdejo-García, A. y Tirapu-Ustárrroz, J. (2012). Neuropsicología clínica en perspectiva: retos futuros basados en desarrollos presentes. *Revista de Neurología*, 54(3), 180-186.
- Viñas Poch, F., Jané Ballabriga, M. C., Canals Sans, J., Esparó Hidalgo, G., Ballespí Solà, S. y Doménech-Llaberia, E. (2008). Evaluación de la psicopatología del preescolar mediante el Early Childhood Inventory-4 (ECI-4): concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 20(3), 481-486.
- Weintraub, S. (2000). Neuropsychological Assessment of Mental State. In M.-M. Mesulam (Ed), *Principles of behavioral and cognitive neurology* (pp. 121-173). 2<sup>nd</sup>. ed. New York: Oxford University Press.