



# SALUD EMOCIONAL EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

---

**Magdalena Gómez-Díaz**

*mgdiaz@ucam.edu*

**Blanca López-Marcos**

*maleni@cop.es*

## Resumen

**Introducción:** Sufrir un daño neurológico, puede llegar a alterar la salud emocional, dado que provoca importantes alteraciones físicas y cognitivas que afectan a las distintas áreas de la vida de los pacientes. El objetivo principal de este estudio ha sido conocer el nivel de Inteligencia Emocional, Autoestima, Resiliencia y Calidad de vida en personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA), en comparación con personas sin dicho daño. **Método:** Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo, comparativo y de corte transversal, entre un grupo clínico (N=22) y un grupo control (N=22). Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y de bienestar *ad hoc* y las escalas de Autoestima de Rosenberg (RSES), de Calidad de Vida (EuroQol-5D), de Resiliencia (CD-RISC) y de Inteligencia Emocional (TMMS-24). **Resultados:** Tras realizar los análisis estadísticos, hallamos diferencias significativas en la calidad de vida ( $p=.001$ ) y en la claridad emocional ( $p=.03$ ), manteniendo una relación significativa entre ellas en ambos grupos. En el resto de las variables, autoestima, resiliencia, atención y reparación, no hallamos diferencias. **Conclusiones:** Podemos concluir con relación al grupo clínico, que poseen menor calidad de vida y una menor claridad emocional respecto al grupo sin daño, pudiendo utilizar estos resultados para trabajar la inteligencia emocional dada su influencia en la calidad de vida.

**Palabras clave:** Daño Cerebral Adquirido, Autoestima, Resiliencia, Calidad de vida, Inteligencia emocional.

## Abstract

**Background:** Suffering neurological damage can lead to an alteration of one's emotional health, since it causes important physical and cognitive alterations that affect the different areas of the patients' lives. The main objective of this study was to find out the level of Emotional Intelligence, Self-esteem, Resilience and Quality of Life in people with Acquired Brain Injury (ABI) as opposed to people without such damage. **Method:** Therefore, a descriptive, comparative, and cross-sectional study was carried out between a treatment group (N =22) and a control group (N =22). An *ad hoc* Sociodemographic and Well-being questionnaire and Rosenberg self-esteem scale (RSES) of Quality of Life (EuroQol-5D), Resilience (CD-RISC) and Emotional intelligence (TMMS-24) were used in this study. **Results:** After completion of the statistical analysis, we found significant differences in Quality of Life ( $p=.001$ ) and Emotional clarity ( $p=.03$ ), maintaining a significant relationship between them in both groups. In all other variables, Self-esteem, Resilience, attention and repair, no differences were found. **Conclusions:** We can conclude in relation to the treatment group from this study, that they have lower quality of life and less emotional clarity compared to the group without damage. To sum up, we can use these results to work on Emotional Intelligence given its influence on the Quality of Life.

**Keywords:** Acquired Brain Injury, Self-esteem, Resilience, Quality of Life, Emotional Intelligence.

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya en 2001, el Daño Cerebral Adquirido (DCA) representaba la tercera causa de muerte y la primera discapacidad en los adultos. Siendo uno de los problemas de salud más importantes en los países desarrollados (por las muertes y por las consecuencias), por las alteraciones cognitivas y físicas que provoca (Gómez López et al., 2020) influyendo a nivel funcional y emocional en las vidas de los afectados por este tipo de daño. Según la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE, 2019), sigue siendo un gran problema, representando, en España, la segunda causa de muerte entre la población general, y la primera en mujeres.

Según Rubial-Álvarez y Veiga-Suárez (2012), el término de DCA hace referencia a “cualquier lesión que se produce de forma aguda, sobre el encéfalo, que previamente se ha desarrollado con normalidad. Dicha lesión puede ser de origen traumático o por enfermedad como: accidentes cerebrovasculares, meningitis, tumores, etc.” (p. 394). Puede provocar alteraciones cognitivas, conductuales y emociones, y alteraciones en el sistema motor y sensorial. Estas pueden ser irreversibles o reversibles.

En cuanto a aspectos psicoemocionales, en numerosos estudios se ha comprobado la relación entre el DCA y el ánimo depresivo. Un estudio realizado en una unidad de ictus observó que un 22% de los pacientes presentaban depresión, y que este porcentaje se incrementaba hasta un 67% al año de sufrir el ictus. Asimismo, la depresión tras el ictus presenta una alta comorbilidad con: el trastorno de ansiedad post ictus, la reacción catastrófica, la apatía y el afecto inapropiado, entendiéndose este último como labilidad emocional o incontinencia afectiva (estado de ánimo patológico caracterizado por excesos de risa, llanto, ira, etc.) (Montaner, 2010).

House et al. (2005), estudiaron el Afecto Inapropiado en una muestra de 128 pacientes tras sufrir su primer ictus, y tras los resultados instauraron los siguientes criterios: incremento de los episodios de llanto y risa, y escaso control de estos episodios delante de otras personas. La prevalencia de estos síntomas oscila entre un 11% y un 52% (Montaner, 2010).

Sin embargo, no hemos hallado aportaciones sobre la relación entre el DCA y variables psicoló-

gicas no relacionadas con sintomatología o trastornos, es decir, variables como la autoestima o la resiliencia. De ahí nuestro interés sobre estudiar la influencia del DCA sobre este tipo de variables, y la inteligencia emocional en general, entendida esta como la capacidad que tenemos de gestionar nuestras propias emociones e interpretar las mismas, así como la capacidad de relacionarnos con los demás, controlar los impulsos, regular los estados de ánimo y la capacidad de motivarnos a nosotros mismos (Goleman, 2001).

Un concepto importante ante las dificultades y que no hemos hallado en estudios relacionados con el daño cerebral es el de Resiliencia, definida como la capacidad que se tiene para hacer frente a las adversidades (Cornejo, 2010). Está formada por un componente afectivo y cognitivo (González-Arratia et al., 2011).

Por otro lado, es importante valorar qué ocurre también con la autoestima en estos casos. Esta, hace referencia a los aspectos evaluativos y afectivos relacionados con la percepción e imagen que cada persona tiene de sí misma, y permite un buen desarrollo de las relaciones humanas y de la responsabilidad personal. Desempeña un papel muy importante en nuestras vidas, tanto a nivel personal, social y profesional (Iniesta et al., 2014).

Además, nos encontramos en el DCA la afectación de la calidad de vida relacionada con la salud, que va más allá de la discapacidad generada por dicho daño, ya que existe un compromiso en múltiples dominios (Carot, 2004).

Se propone como objetivo principal de este estudio, comprobar si existen diferencias entre un grupo de pacientes con y sin DCA, en las variables Autoestima, Resiliencia, Inteligencia Emocional y Calidad de vida. objetivos específicos fueron describir las características sociodemográficas y de bienestar en ambos grupos y su relación con las variables mencionadas.

## Método

### Diseño

Se realizó un estudio con metodología cuantitativa, de naturaleza descriptiva, comparativa y de corte transversal, basado en el análisis de las variables recogidas en un cuestionario administrado que se elaboró para cumplir los objetivos del estudio.

## Participantes

La muestra estuvo compuesta por 44 personas, divididas en dos grupos: grupo clínico (pacientes con un DCA), con 22 personas, y grupo control (personas sin DCA), con otras 22 personas, que presentaban criterios de homogeneidad en cuanto a edad, sexo y lugar de residencia.

Los pacientes con DCA, como criterios de inclusión debían estar recibiendo rehabilitación neuropsicológica por algún problema neurológico desde hace menos de un año, siendo capaces de leer y responder con autonomía y comprensión suficientes los cuestionarios aplicados. Se excluyeron aquellos casos que no reunieron estos criterios mencionados.

Cada grupo estuvo compuesto por 14 (64%) hombres y 8 (36%) mujeres de la provincia de Alicante. Respecto al estado civil coincidieron también en que eran 16 (73%) con pareja y 6 (27%) sin pareja en cada grupo. El nivel educacional fue de 11 (50%) con estudios primarios en el grupo clínico y 8 (36%) en el grupo control, y con estudios medios o superiores fueron 11 (50%) en el grupo clínico y 14 (64%) en el grupo control.

El rango de edad en ambos grupos va desde los 20 a los 85 años, con una media de 60.77 ( $DT= 17.13$ ) en el grupo clínico, y una media en el grupo control de 61.18 ( $DT= 12.40$ ). Para los análisis realizados se agrupó la variable edad en 2 categorías: jóvenes (20-60 años) y mayores (61-85 años).

## Instrumentos de medida

Por un lado, las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y nivel educativo) y de bienestar (si la persona se considera feliz, satisfecho con la vida u optimista) se obtuvieron a partir de un cuestionario elaborado *ad hoc*. Por otro lado, las variables de estudio fueron evaluadas a través de los cuestionarios que se describen a continuación. Para medir la inteligencia emocional se utilizó la *Trait Meta Mood Scale-24* (TMMS-24), versión reducida del TMMS-48 (Salovey et al., 1995). Esta escala evalúa el metaconocimiento de estados emocionales a través de tres dimensiones, con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad emocional y Reparación emocional. La escala presenta una consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de .89 para la Atención, .88 para la Claridad y .81 para la Reparación (Fernández-Berrocal et al., 2004). Y se contesta siguiendo una escala de tipo Likert de 1 (nada de

acuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), teniendo una mínima puntuación de 8 y una máxima de 40 en cada dimensión.

Para medir la resiliencia se utilizó la Escala de Resiliencia (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003). Consta de 10 ítems, a los que los participantes deben contestar según una escala tipo Likert de 5 puntos (0=nunca; 4=siempre). El rango de la escala va de 0 a 40, y las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de resiliencia. La fiabilidad del instrumento original fue de .85, un valor similar al obtenido por la versión adaptada y validada al castellano (Campbell & Stein, 2007).

La autoestima se evaluó con la escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) (Rosenberg, 1965). La fiabilidad de este instrumento presenta correlaciones altas, entre un .82 y un .88, y un  $\alpha$  de Cronbach entre .77 y .88. Es una de las más usadas para la medición global de la autoestima. Incluye 10 ítems, que centran su foco de atención en los sentimientos de respeto y la aceptación de uno mismo. La mitad de los ítems están enunciados negativamente, y la otra mitad positivamente (Vázquez-Morejón et al., 2004). Esta escala cuenta con un diseño tipo Likert (desde 1= muy de acuerdo, hasta 4= totalmente de desacuerdo). La puntuación total oscila entre 10 y 40.

Y, por último, se utilizó la Escala de calidad de vida (EuroQol-5D) (EuroQol group, 1990) para evaluar la calidad de vida y la autopercepción de la salud. Este instrumento presenta una fiabilidad entre .86 y .90. Es un instrumento genérico para medir la calidad de vida relacionada con la salud. Puede utilizarse en individuos sanos o en grupos de pacientes con patología. El propio sujeto valora su estado de salud, en primer lugar, en niveles de gravedad por dimensiones y, en segundo lugar, en una escala visual analógica de evaluación más global (Badía et al., 1999). La escala cuenta con cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), cada una con tres niveles de gravedad (1= sin problemas, 2= algunos problemas, y 3= problemas más graves) (Herdman et al., 2001). Y sus valores oscilan entre 6 y 18 puntos, donde 6 es el valor mínimo, el cual representaría una correcta percepción del estado de salud, y 18 la puntuación máxima, que representa una peor percepción del estado de salud.

## Procedimiento

La evaluación de los sujetos que componen el grupo clínico se realizó en el Hospital Quirón

(Torrevieja), con previo consentimiento del equipo directivo del Hospital, desde noviembre de 2019 hasta marzo de 2020. El cuestionario, se administró en uno de los despachos del área de Rehabilitación Neuropsicológica del Hospital, y se cumplimentaba en una sola sesión, ocupando un tiempo máximo de 30 minutos.

El grupo control, al igual que el clínico, fue seleccionado por muestreo no probabilístico, cumpliendo con el mismo rango de edad, la misma población y similar distribución por sexo que el grupo clínico. La administración del cuestionario se llevó a cabo en entrevistas particulares.

Tanto el grupo control como el clínico, fueron informados sobre la funcionalidad del estudio presente, así como sobre su participación voluntaria a través del consentimiento informado que debían rellenar. Se cumplieron los requisitos de confidencialidad según la declaración de Helsinki.

## Análisis de datos

Se aplicó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media, mediana y desviación típica) para las variables cuantitativas continuas, y medidas de frecuencia de las categorías de las variables cualitativas. Para contrastar la normalidad de la distribución de los datos se utilizó la prueba de Shapiro Wilks. Y el nivel de confianza asumido fue para un valor de  $p < 0.05$

Tras realizar la prueba de normalidad se observó que las puntuaciones del EuroQol no seguían una distribución normal en el grupo control. La atención emocional tampoco se distribuía normalmente en ambos grupos, por lo que, para llevar a cabo el análisis comparativo en estas variables, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis. En el resto de las variables se utilizaron pruebas paramétricas, como la T de Student y ANOVA de un factor, al presentar una distribución normal de los datos.

Por último, se realizaron dos correlaciones bivariadas de Pearson, para detectar las relaciones entre las variables dependientes: Autoestima, Resiliencia, Calidad de vida e Inteligencia emocional, tanto para el grupo clínico como para el grupo control. Todos los datos han sido analizados a través del programa estadístico SPSS Statistics versión 24.

## Resultados

### Descripción de las variables de estudio

En la Tabla 1 podemos observar la media y desviación típica, en ambos grupos, de las variables de estudio: autoestima, resiliencia, calidad de vida e inteligencia emocional.

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de las variables de estudio.

Autoestima							
Grupo	M		DT				
Clínico	32.23		4.39				
Control	33.64		4.53				
Resiliencia							
Grupo	M		DT				
Clínico	27.27		7.54				
Control	28.50		7.51				
Calidad de vida							
	EuroQol-Calidad de Vida			Valoración global			
Grupo	M		DT		M		DT
Clínico	9.91		2.26		6.36		1.64
Control	7.59		1.73		7.05		2.43
Inteligencia emocional							
	Atención		Claridad		Reparación		
Grupo	M	DT	M	DT	M	DT	
Clínico	26.43	5.77	24.41	6.79	28.91	6.36	
Control	18.57	6.55	28.64	5.62	25.91	6.51	

En relación con las preguntas que realizamos sobre si se sentían felices, satisfechos con la vida o si se percibían optimistas, en el grupo clínico un 86% (19) se sentía feliz frente al 91% (20) que se sentía así en el grupo control. Satisfechos con la vida se sentían un 77% (17) en el grupo clínico frente a un 82% (18) del grupo control, y un 90% (20) del grupo clínico se percibía optimista frente a un 82% (18) del grupo control.

## Relación entre las variables de estudio y las variables sociodemográficas y de bienestar

A continuación, en la Tabla 2 mostramos las relaciones que resultaron significativas en alguno de los dos grupos a la hora de cruzar las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel educacional) y de bienestar (sentirse feliz, satisfechos con la vida y optimistas) con las va-

**Tabla 2.** Relación de las variables sociodemográficas y de bienestar con la autoestima, resiliencia, calidad de vida e inteligencia emocional.

AUTOESTIMA									
GRUPO Clínico	M	DT	t	p	GRUPO Control	M	DT	t	p
Feliz	33.26	3.70			Feliz	34.50	3.74		
No feliz	25.67	2.08	3.41	.003*	No feliz	25.00	.000	3.50	.002*
Satisfecho	33.12	3.56			Satisfecho	34.56	3.89		
No satisf.	29.20	5.97	1.85	.079	No satisf.	29.50	5.44	2.19	.040*
Optimista	32.80	4.16			Optimista	34.56	3.89		
Pesimista	26.50	2.12	2.08	0.51	Pesimista	29.50	5.44	2.19	.040*
RESILIENCIA									
GRUPO Clínico	M	DT	t	p	GRUPO Control	M	DT	t	p
Feliz	28.95	6.54	3.11	.005*	Feliz	29.75	6.62	2.85	.010*
No feliz	16.67	4.16			No feliz	16.00	2.82		
Optimista	28.10	7.41	1.69	.105	Optimista	30.61	6.33	3.44	.003*
Pesimista	19.00	1.41			Pesimista	19.00	4.54		
Con estud.	25.18	6.53	-1.32	.201	Con estud.	23.10	6.08	-2.97	.008*
Sin estudios	29.36	8.20			Sin estudios	31.57	6.58		
VALORACIÓN GLOBAL DE LA SALUD									
GRUPO Clínico	M	DT	t	p	GRUPO Control	Rango promedio	z	p	
Feliz	6.63	1.60	2.06	.053	Feliz	12.40		-2.11	.034*
No feliz	4.67	.577			No feliz	2.50			
Con pareja	6.40	1.54	.148	.884	Con pareja	13.59		-2.54	.011*
Sin pareja	6.19	1.97			Sin pareja	5.92			
EUROQOL									
GRUPO Clínico	M	DT	t	p	GRUPO Control	Rango promedio	z	p	
Feliz	9.58	2.16	-1.81	.085	Feliz	10.50		-2.35	.019*
No feliz	12.00	2.00			No feliz	21.50			
Satisfecho	9.76	2.19	-.542	.594	Satisfecho	10.25		-1.97	.048*
No satisf.	10.40	2.70			No satisf.	17.13			
Optimista	9.80	2.33	-.706	.489	Optimista	10.06		-2.28	.022*
Pesimista	11.00	1.41			Pesimista	18.00			
CLARIDAD EMOCIONAL									
GRUPO Clínico	M	DT	t	p	GRUPO Control	M	DT	t	P

Feliz	26.16	5.38	3.96	.001*	Feliz	29.20	1.23	1.53	.141
No feliz	13.33	3.21			No feliz	23.00	3.00		
Satisfecho	26.29	5.68	2.74	.012*	Satisfecho	29.17	5.70	.935	.361
No satisf.	18.00	6.81			No satisf.	26.25	5.31		
Optimista	25.40	6.24	2.39	.027*	Optimista	29.11	5.65	.833	.415
Pesimista	14.50	3.53			Pesimista	26.50	5.74		
REPARACIÓN EMOCIONAL									
<b>GRUPO Clínico</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>GRUPO Control</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Feliz	30.42	4.81	3.46	.002*	Feliz	26.65	1.42	1.77	.092
No feliz	19.33	7.57			No feliz	18.50	1.50		
Satisfecho	30.35	5.04	2.12	.047*	Satisfecho	26.90	6.05	.724	.477
No satisf.	24.00	8.45			No satisf.	24.30	7.45		
Optimista	30.30	4.71	4.48	.000*	Optimista	26.33	6.25	.639	.530
Pesimista	15.00	1.41			Pesimista	24.00	8.36		

\*p<0.05. Con estud.= Con estudios; No satisf.= No satisfecho

riables de estudio: autoestima, resiliencia, calidad de vida (valoración global de la salud y EuroQol) e inteligencia emocional (atención, claridad y reparación). Tan solo la dimensión atención emocional fue la que no mostró significación estadística con ninguna variable sociodemográfica y de bienestar.

### Análisis comparativos

En esta parte de los resultados el objetivo era comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las cuatro variables dependientes: autoestima, resiliencia, inteligencia emocional y calidad de vida. En la Tabla 3 se pueden ver dichos resultados.

**Tabla 3.** Comparación de ambos grupos en autoestima, resiliencia, calidad de vida e inteligencia emocional.

Variable	Grupo	N	Rangro promedio	z	p
EuroQol	Clínico	22	22.80	-3.29	.001*
	Control	22	16.20		
Valoración Global	Clínico	22	19.48	-1.59	.110
	Control	22	25.52		
Atención	Clínico	22	26.43	-2.04	.410
	Control	22	18.57		
Variable	Grupo	N	M	t	p
Autoestima	Clínico	22	32.23	-1.04	.301
	Control	22	33.64		
Resiliencia	Clínico	22	27.27	-.541	.592
	Control	22	28.50		
Claridad	Clínico	22	24.41	-2.24	.030*
	Control	22	28.64		
Reparación	Clínico	22	28.91	1.54	.130
	Control	22	25.91		

\*p<0.05

**Tabla 4.** Correlación de Pearson de las variables de estudio en el grupo sin DCA

Variable	Autoest.	Resilienc.	Valor. S.	EuroQol	Atenc.	Claridad	Reparación
Autoestima	-						
Resiliencia	.655**	-					
Valor. S.	.644**	.461*	-				
EuroQol	-.413	-.538*	-.513*	-			
Atención	.318	.339	.340	-.079	-		
Claridad	.723**	.516*	.438*	-.520*	.620**	-	
Reparación	.584**	.588**	.626**	-.226	.632**	.700**	-

\*p<0.05, \*\*p<0.01 Autoest.= Autoestima; Resilienc.= Resiliencia; Valor. S.= Valoración global de la salud; Atenc.= Atención.

**Tabla 5.** Correlación de Pearson de las variables de estudio en el grupo con DCA

Variable	Autoest.	Resilienc.	Valor. S.	EuroQol	Atenc.	Claridad	Reparación
Autoestima	-						
Resiliencia	.532*	-					
Valor. S.	.481*	.325	-				
EuroQol	-.390	-.544**	-.297	-			
Atención	.129	.013	-.140	.117	-		
Claridad	.620**	.776**	.381	-.084*	.237	-	
Reparación	.469*	.565**	.321	-.196	.364	.631**	-

\*p<0.05, \*\*p<0.01 Autoest.= Autoestima; Resilienc.= Resiliencia; Valor. S.= Valoración global de la salud; Atenc.= Atención.

Los resultados se obtuvieron a través de la T de Student y la U de Mann Whitney.

Para finalizar los análisis, se realizó una Correlación de Pearson para cada grupo de la investigación que podemos ver en las Tablas 4 y 5.

## Discusión

Nuestros resultados muestran diferencias significativas entre ambos grupos en la Calidad de vida (EuroQol); en este caso es el grupo con DCA quien tiene una mayor media, lo que significa, en esta escala, que poseen menor calidad de vida que el grupo sin DCA. Según Haagsma et al. (2014), la calidad de vida es menor en personas que han sufrido un DCA que en las personas sin esta afectación, ya que las consecuencias experimentadas por las personas que sufren un DCA, a nivel conductual, emocional y cognitivo, les genera dificultades para recuperar su vida habitual.

También en la revisión sistemática realizada por Lima-Castro et al. (2020), se confirma que la calidad de vida es peor ante una discapacidad física.

También hemos hallado diferencias significativas entre ambos grupos en la dimensión claridad emocional, siendo en este caso el grupo control quien tiene una mayor media respecto al grupo clínico. Y aunque el resto de las dimensiones no presentan diferencias significativas, es de resaltar que tanto la atención como la reparación emocional presentan medias más altas en el grupo clínico que en el control mostrando una adecuada atención y reparación emocional, contrastando con el estudio, por ejemplo, de House et al. (2005), que al analizar una muestra de pacientes con DCA, halló una inadecuada gestión de las emociones.

En nuestros resultados, aunque no se dieron diferencias intergrupales en la dimensión de reparación emocional, sí que es de resaltar que en el

grupo con DCA aquellos que se percibían felices y optimistas tenían una mejor reparación emocional. Además, más del 75% informaron de que se sienten felices, satisfechos con la vida y se consideran optimistas (un porcentaje similar al grupo control).

Con relación a la autoestima y la resiliencia no hallamos diferencias significativas entre ambos grupos. Es de resaltar que se han encontrado asociaciones significativas entre el percibirse feliz y la autoestima y la resiliencia (en ambos grupos). Y también hallamos diferencias significativas en la relación entre percibirse feliz y ser optimista con la claridad emocional y la reparación emocional en el grupo clínico, no hallando esta diferencia dentro del grupo control. En este último, se dan asociaciones significativas entre ser optimista y la autoestima y la resiliencia. Actualmente es conocida la relación entre el buen humor o estado de ánimo y la salud. Del estudio de esta relación se ocupa una rama llamada Psiconeuroinmunología, que se centra en la forma en la que las emociones influyen en el sistema inmunológico de la persona. De lo anterior, han surgido técnicas como la risoterapia, por ejemplo, que a través de la risa y el buen humor favorece el progreso en positivo de una enfermedad, convirtiéndose en un complemento de terapias tradicionales (Christian et al., 2004).

Respecto a las correlaciones realizadas en ambos grupos, la autoestima en el grupo con DCA correlaciona de forma positiva y significativa con la resiliencia, la valoración global de la salud, la claridad y la reparación, y en el grupo control correlaciona también de forma positiva y significativa con estas cuatro últimas variables mencionadas. Por otro lado, la autoestima correlaciona de forma negativa pero no significativa con la calidad de vida (teniendo en cuenta que a mayor puntuación en esta variable es peor la calidad de vida) en ambos grupos. La resiliencia correlaciona de forma positiva y significativa con la claridad y la reparación emocional en ambos grupos. Además, la resiliencia, correlaciona también de forma positiva y significativa con la valoración global de la salud y esta, a su vez, con la claridad y la reparación emocional en el grupo control. Las dimensiones de la inteligencia emocional, claridad y reparación, correlacionan de forma positiva y significativa entre sí en ambos grupos, no sucediendo lo mismo con la atención emocional. Por último, en ambos grupos correlaciona de forma negativa la calidad de vida con la resiliencia (a peor calidad de vida menos resiliencia, y viceversa) y con la claridad

emocional (a más puntuación en la escala de calidad de vida peor resulta esta y por lo tanto menos claridad emocional). El no tener la capacidad suficiente para discernir las emociones e interpretarlas adecuadamente, sin duda influye de forma negativa en la calidad de vida. La valoración global de la salud en el grupo con DCA solo correlaciona de forma significativa y positiva con la autoestima, mientras que en el grupo control mantiene relaciones significativas con todas las variables menos con la atención emocional.

Con todo esto podemos concluir respecto al grupo con DCA, y en relación a los resultados anteriormente comentados que, dado que la calidad de vida presenta una relación significativa con la claridad emocional y la resiliencia, si lográramos aumentar ambas en el grupo clínico, sabiendo el efecto que tiene en su calidad de vida, sin duda, esta también aumentaría.

También la autoestima se relaciona con una buena valoración de la salud, ya que está directamente conectada con la percepción de bienestar subjetivo, y por lo tanto con la calidad de vida (Gallejo et al., 2012). Trabajar la inteligencia emocional y la resiliencia **también mejora el bienestar personal** (Cejudo et al., 2016).

Otro aspecto a resaltar es que al no encontrar diferencias intergrupo en autoestima y resiliencia, así como en atención y reparación emocional, podemos concluir, para este grupo de estudio, que el daño neurológico sufrido no los ha llevado a una diferencia significativa con el grupo sin DCA, aunque faltaría conocer sus niveles de autoestima, resiliencia e inteligencia emocional antes del daño para comprobar si ha existido un deterioro significativo por este motivo.

Sin duda, que se perciban felices y satisfechos con su vida nos muestra un ejemplo de superación ante una situación de enfermedad con deterioro de su calidad de vida. Estudios como el de Manciaux et al. (2001), han mostrado que muchas personas consiguen encontrar recursos latentes en el proceso de lucha que están experimentando. Y según Wortman y Silver (1987) la vivencia de emociones positivas tras una situación traumática (como un accidente) se empieza a experimentar desde los primeros días tras sufrirlo.

Entre las limitaciones de este estudio nos encontramos el tamaño de la muestra, que nos im-

pide poder generalizar los resultados más allá del grupo utilizado. Por otro lado, no hemos podido acceder a la información sobre la zona cerebral dañada de cada participante del grupo clínico, algo que nos habría aportado tal vez un conocimiento sobre las conexiones entre aspectos emocionales y áreas cerebrales. Por último, no hemos hallado apenas estudios que se centren en variables emocionales positivas en estos pacientes, siendo más los estudios que derivan hacia variables emocionales clínicas como la depresión o la ansiedad. Se hace necesario, por lo tanto, profundizar en estos estudios, para indagar a la vez que fomentar las variables psicológicas positivas en colectivos de personas que sufren DCA, como medida preventiva para su bienestar físico y emocional.

## Referencias

- Badia, X., Roset, M., Monserrat, S., Herdman, M., & Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. *European Quality of Life scale*, 112, 79-85.
- Carot, A. (2004). Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. *Revista de Neurología*, 39(11), 1052-1062. <https://doi.org/10.33588/rn.3911.2004447>
- Cejudo, J., López-Delgado, M.L., & Rubio, M.J. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia: su influencia en la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Anuario de psicología*, 46, 51-57. <https://doi.org/10.1344/%25x>
- Christian, R., Ramos, J., Susaniabar, C., & Balazrezo, G. (2004). Risoterapia: un nuevo campo para los profesionales de la salud. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 17(2), 57-64.
- Cornejo, W. (2010). Resiliencia: Una definición. *Revista Electrónica Athenea*, 2, 151-169. Recuperado de <https://atheneadigital.net/>
- Federación Española del Daño Cerebral (2019). El ictus es la primera causa de muerte entre las mujeres de nuestro país. Recuperado de <https://fedace.org/>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755
- Gallego, J., Aguilar, J.M., Cangas, A.J., Lorenzo, J.J., Franco, C., & Mañas, I. (2012). Programa de Natación Adaptada para Personas Mayores Dependientes: Beneficios Psicológicos, Físicos y Fisiológicos. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 125-133. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235124455016>
- Goleman, D. (2001). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gómez López, M.J., Carballo, J.L., & Sancho-Domingo, C. (2020). Efectividad de un programa de rehabilitación multicomponente para pacientes con daño cerebral adquirido y la influencia del tiempo transcurrido desde la lesión hasta el inicio de la intervención. *Revista de Psicología de la Salud*, 8 (1). <https://doi.org/10.21134/pssa.v8i1.664>
- González-Arratia, N.I., Valdez, J.L., & González, S. (2011). Investigación en resiliencia: ¿Qué hemos aprendido? En J. Moral de la Rubia, J.L. Valdez, & N.I. González-Arratia (eds.), *Psicología y salud* (pp. 157-172). Coahuila, México: Consorcio de Universidades Mexicanas
- Haagsma, J.A., Scholten, A.C., Andriessen, T.M., Vos, P.E., Van Beeck, E.F., & Polinder, S. (2014). Impact of depression and posttraumatic stress disorder on functional outcome and health-related quality of life of patients with mild traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*, 32, 1-10. <https://doi.org/10.1089/neu.2013.3283>
- Herdman, X., Badia, X., & Berra, S. (2001). El EuroQol- 5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 28 (6), 425-429. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70406-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4)
- House, A., Hackett, M. & Anderson, C. (2005). Management of depression after stroke: a systematic review of pharmacological therapies. *Stroke*, 36, 1092-1097.
- Iniesta, A., Martínez, A., & Mañas, C. (2014). Autoestima y Diversidad Funcional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 439-446. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.459>

Lima-Castro, S., Blanco, V., Otero, P., López, L., & Vázquez, F.L. (2020). Health-related quality of life among persons with physical disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(2), 82-102. <https://doi.org/10.23923/j.riips.2020.02.037>

Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, 2003.

Montaner, J. (2010). *Neurorreparación y rehabilitación tras el ictus*. Barcelona: Marge Medica Books.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. INMERSO: Madrid.

Rubial-Álvarez, S., & Veiga-Suárez, M. (2012). Perfil del sujeto con daño cerebral adquirido en fase crónica en un recurso de atención socio-sanitaria. *Revista de Neurología*, 55(7), 392-398. <https://doi.org/10.33588/rn.5507.2012227>

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (eds.), *Emotion, Disclosure, y Health* (pp. 125-151). Washington: American Psychological Association.

Vázquez-Morejón, J., Jiménez, R., & Vázquez-Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22 (2), 247-255.

Wortman, C.B., & Silver, R.C. (1989). The Myths of Coping With Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.