

Dificultades en el reconocimiento de emociones y su impacto en la calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular: una revisión sistematizada

Micaela Kirsch¹, Samanta Leiva¹², Paula Caamaño² y Aldo Ferreres¹²

¹Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

²Unidad de Neuropsicología. Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón”. Buenos Aires, Argentina

Resumen

El objetivo de este trabajo fue analizar cuál es el impacto que tienen las alteraciones en la capacidad para reconocer emociones básicas sobre la calidad de vida de pacientes con accidente cerebro vascular (ACV). Metodología: Se realizó una revisión sistematizada de la literatura disponible hasta noviembre de 2017. Se identificaron artículos originales a través de las bases PubMed, SciELO y PsycINFO, que hayan evaluado el reconocimiento emocional a partir de distintos tipos de estímulos (rostro, prosodia o multimodales) en pacientes con ACV de al menos 3 meses de evolución y que, además, hayan analizado el impacto sobre la calidad de vida de los mismos. Resultados: La búsqueda arrojó un total de 268 artículos de los cuales sólo dos incluyeron la evaluación conjunta de ambos aspectos: reconocimiento emocional y calidad de vida. En esos estudios los pacientes con ACV obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores al grupo control en todas las pruebas emocionales, independientemente del estímulo utilizado o la localización de la lesión cerebral. Además, se observó que estas alteraciones tuvieron un impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes, caracterizadas por una reducción en la participación social. Conclusiones: A pesar de que las fallas en la capacidad de reconocer emociones están ampliamente descritas en pacientes con ACV, se identificaron sólo dos estudios que indagaron el impacto de estas sobre la calidad de vida. Esto evidencia la necesidad de profundizar las investigaciones al respecto para conocer con mayor precisión cuánto impactan los déficits de procesamiento emocional sobre la vida cotidiana de los pacientes.

Correspondencia con los autores: leivasamanta@psi.uba.ar

Artículo recibido: 31 de marzo de 2018

Artículo aceptado: 25 de mayo de 2018

<http://www.revneuropsi.com.ar>

ISSN: 1668-5415

Palabras clave: Reconocimiento emocional - Accidente cerebro vascular – Emoción - Calidad de vida

Abstract

Deficit in emotion recognition and its impact in quality of life in patients with stroke: A systematic review. The aim of this article was to analyse the impact of the impairments in the ability to recognize basic emotions upon quality of life in patients with stroke. Methodology: A systematic review of the available literature until November 2017 was performed. Original articles were identified using PubMed, SciELO and PsycINFO databases that assessed emotion recognition using different types of stimuli (face, prosody or multimodal) in patients with stroke of at least 3 months post injury and that analyzed its impact upon quality of life. Results: The literature search yielded 268 articles, only two of which included the assessment of both aspects: emotion recognition and quality of life. In those studies, patients with stroke performed significantly lower than the control group in all emotion recognition tasks, regardless of the stimuli used or the location of the lesion. Moreover, these impairments were reported to have a negative impact on the patient's quality of life, which was characterized by a loss of social participation. Conclusion: Even though impairments in the ability to recognize emotions are widely described in patients with stroke, we only found two studies that examined its impact upon quality of life. This expose the need to widen the research on that matter to know more precisely to which extent emotion processing deficits impacts on patient's daily life.

Keywords: Emotion recognition – Stroke – Emotion - Quality of life

1. Introducción

Los accidente cerebro vasculares (ACV) son una de las patologías de mayor incidencia y mortalidad convirtiéndose en uno de los trastornos más frecuentes y devastadores a nivel mundial. En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los ACV son la primera causa de discapacidad y la segunda de muerte en adultos y adultos mayores en el mundo (Mendis, 2013). Si bien hay pocas investigaciones que provean datos epidemiológicos respecto de esta patología en América del Sur, un estudio comparativo internacional sugiere que las tasas de mortalidad por ACV en Argentina, Chile y Uruguay son el doble comparadas con el oeste Europeo y Estados Unidos (Sarti, Rastenyte, Cepaitis, y Tuomilehto, 2000). En Argentina la prevalencia de esta patología es de 868.1 casos cada 100.000 habitantes, la cual se incrementa en función de la edad y, las progresiones demográficas, sugieren que aunque las tasas se mantengan estables en el corto plazo, se debe esperar

un incremento en el número de ACV en las siguientes décadas (Melcon & Melcon, 2006).

Dado la alta frecuencia de esta patología se la considera una de las principales preocupaciones de la salud pública, lo que ha generado que los ACV sean un gran foco de investigaciones actuales.

Desde el punto de vista cognitivo, las consecuencias de esta patología incluyen una amplia variedad de aspectos que dependerán del tamaño y la localización de la lesión, como así también del tiempo transcurrido entre el ACV y la atención médica. Algunas de ellas incluyen alteraciones de las funciones ejecutivas (Baum et al., 2008), déficits de memoria (das Nair y Lincoln, 2007), fallas atencionales (Posner y Fan, 2013) y dificultades del lenguaje (Remesso, Chiappetta, Aguiar, Fukujima y Prado, 2009), entre otras. Los déficits cognitivos son secuelas frecuentes de este grupo de pacientes y se ha reportado que están presente en más del 90% de los casos (Gutiérrez Pérez et al., 2011).

Durante mucho tiempo una de las secuelas en estos pacientes que ha recibido particular interés son las alteraciones en la habilidad para reconocer emociones, definida como la habilidad para decodificar e identificar estados emocionales en las personas del entorno. Esta habilidad es fundamental para el funcionamiento cotidiano ya que se considera que influye directamente en las actividades de la vida diaria de los sujetos, en la interacción y comunicación con otras personas, como así también en la participación (Bornhofen y McDonlad, 2008).

Estudios recientes muestran que en los pacientes que han sufrido un ACV se encuentran alteraciones para reconocer expresiones emocionales a través de múltiples modalidades de entrada (para una revisión ver Yuvaraj et al., 2013), incluyendo a estímulos faciales (Abbott, Wijeratne, Hughes, Perre, y Lindell, 2014), el tono de la voz o la prosodia (Leiva et al., 2017) y para inferirlos a través de textos con contenido emocional (Ostrove, Simpson, y Gardner, 1990).

A pesar de que hay varios reportes de alteraciones de esta habilidad, es importante destacar que los déficits en la percepción de las emociones pueden ser muy variados entre distintos grupos de pacientes, ya que, en algunos casos, pueden presentar dificultades para reconocer expresiones faciales, pero no en la prosodia emocional, y viceversa (McDonald y Saunders, 2005) o puede estar disociado el reconocimiento de emociones con dos tipos diferentes de estímulos visuales: rostro y cuerpo (Leiva, Margulis, Micciulli, y Ferreres, 2017).

Por otro lado, la evidencia sugiere que las fallas en el procesamiento emocional en general y el estado de ánimo pueden influir negativamente en la interacción social de los pacientes, como así también en la participación de los mismos a tal punto que presentan una reducción en el número de sus redes sociales, la cual no se explica por las limitaciones en las actividades ocasionadas por las discapacidades físicas adquiridas luego del ACV (Scott, Phillips, Johnston, Whyte, y MacLeod, 2012). Incluso en adultos sin patologías, se ha mostrado que aquellos que son pobres en la lectura de señales sociales también experimentan habilidades

deficientes de interacción social en general (Boice, 1983; Morrison y Bellack, 1981; Trower, 1980).

En el caso particular de los pacientes con ACV, es posible que el aislamiento de las redes sociales y la reinserción deficiente en la comunidad a causa de las discapacidades adquiridas puedan incluso mantener o intensificar los déficits en el procesamiento de las emociones, aunque esta posibilidad es aún sólo una hipótesis y no se ha investigado (Bornhofen y McDonald, 2008).

La importancia del estudio de las secuelas emocionales en los pacientes radica en que se ha mostrado que incluso luego de alcanzar la recuperación física, pueden persistir dificultades psicológicas y sociales, e investigaciones previas, han mostrado que una de las causas que influyen en esta complicación es el deterioro en la habilidad para comprender los sentimientos de otras personas (Hamilton, Radlak, Morris, y Phillips, 2017). Resultados de investigaciones previas mostraron que a pesar de haber logrado una buena recuperación en términos de retomar las actividades de la vida diaria luego del ACV, la calidad de vida de la mayoría de los pacientes no se restaura al nivel premórbido en múltiples esferas de la vida del paciente (Niemi, Laaksonen, Kotila, y Waltimo, 1988), entre ellas en la esfera emocional y afectiva. Es por ello que el diagnóstico y el tratamiento del estado de ánimo y los cambios de comportamiento son una de las prioridades para los profesionales de la salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Carota, Staub, y Bogousslavsky, 2002).

En virtud de que existe vasta bibliografía que reporta alteraciones en la percepción emocional de los pacientes con ACV y que esto podría influir en su participación social y calidad de vida, resulta de importancia indagar directamente dicha relación, particularmente, examinar cómo se afecta la calidad de vida de estos pacientes cuando hay alteraciones del reconocimiento emocional. Según la OMS, se define calidad de vida como “la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones” (WHOQOL Group, 1995). Según esta definición, la calidad de vida es subjetiva, ya que se distingue entre la percepción de las condiciones objetivas (Ej. recursos materiales) y las condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso); y es de naturaleza multidimensional ya que incluye seis dimensiones o dominios de ella: físico, psicológico, relaciones sociales, grado de independencia, entorno o medio ambiente y espiritualidad, religión y creencias personales.

Para poder indagar cómo se relacionan las alteraciones en el reconocimiento emocional de los pacientes con ACV con su calidad de vida, en este trabajo se realizó una revisión sistematizada de la literatura disponible hasta la actualidad, para recopilar la mayor cantidad de datos disponibles sobre esta problemática. La pregunta que guió la presente revisión sistemática fue: ¿cuál es el impacto que producen las alteraciones en el procesamiento emocional en la calidad de vida en pacientes con ACV?

2. Método

En este trabajo se realizó una revisión sistematizada de la bibliografía, la cual consistió en un diseño de investigación observacional y retrospectivo, que sintetizó los resultados de múltiples investigaciones primarias.

Estrategia de búsqueda

En primer lugar se realizó una búsqueda general con el fin de identificar posibles revisiones sistematizadas o meta-análisis previos que hayan analizado el impacto de los déficits de reconocimiento emocional sobre la calidad de vida, y no se halló ninguno en los últimos 10 años.

La búsqueda de artículos se realizó en noviembre de 2017 en las bases de datos *PubMed*, *PsycINFO* y *SciELO*. En los motores de búsqueda se introdujeron las palabras clave “*Stroke*” y “*Quality of Life*” en combinación con “*Emotion*”, “*Emotion recognition*” y “*Emotion perception*”. Una vez obtenidos los resultados de búsqueda de todas las bases, se procedió a eliminar los registros duplicados para realizar la comprobación de los criterios de inclusión, descritos a continuación.

Selección de artículos y criterios de elegibilidad

La selección de artículos a ser revisados en el presente trabajo se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Artículos originales en idioma inglés o español.
- 2) Estudios que incluyan datos de pacientes adultos (mayores de 18 años de edad) que hayan sufrido al menos un ACV isquémico o hemorrágico.
- 3) Pacientes con evolución mínima de tres meses del ACV.
- 4) Artículos que incluyan datos del rendimiento de los pacientes en al menos una tarea de reconocimiento emocional, incluyendo identificación de emociones a partir de expresiones faciales, movimientos corporales y/o prosodia.
- 5) Artículos que contengan datos sobre la calidad de vida de los pacientes con ACV y que haya sido evaluado utilizando una escala/herramienta estandarizada.

Se utilizó un enfoque de dos pasos para la selección de artículos a ser incluidos en la revisión. En primer lugar, se analizó el cumplimiento de los criterios de inclusión revisando el título y resumen de cada uno de los registros arrojados en la búsqueda. En segundo lugar, y con los artículos que habían cumplido con los criterios en el primer paso, se realizó un nuevo chequeo de los criterios de inclusión revisando el texto en su formato completo.

Extracción y síntesis de datos

De los artículos seleccionados según los criterios mencionados en el apartado anterior, se describió en primer lugar, las características de la bibliografía (año de las publicaciones e idioma). Luego, se analizó el tipo de diseño metodológico utilizado, las características de las muestras incluidas, así como también los métodos de evaluación de reconocimiento emocional utilizados. Además se analizó cuáles fueron las definiciones de calidad de vida reportadas en cada artículo y qué herramientas se utilizaron para la evaluación de la misma. Por otro lado, se agrupó a los estudios de acuerdo a si registraban o no dificultades en el reconocimiento emocional con algún tipo de estímulo en particular (rostro, cuerpo y/o prosodia) y se analizaron los resultados del impacto sobre la calidad de vida reportados en cada uno de esos trabajos. Finalmente, se realizó una síntesis sobre qué aspectos de la calidad de vida (salud física, salud psicológica, relaciones sociales o ambiente) es reportado en los artículos como más afectado por las fallas de reconocimiento emocional.

3. Resultados

La búsqueda realizada arrojó un total de 421 resultados. Luego de la eliminación de los resultados duplicados quedaron un total de 286 registros, de los cuales 268 fueron eliminados en el primer screening de cumplimientos de criterios de inclusión. De los 18 restantes, fueron excluidos 16 por no cumplir con la totalidad de los criterios preestablecidos. Finalmente, se incluyeron en la revisión un total de 2 artículos que cumplían correctamente con la totalidad de los criterios de elegibilidad preestablecidos (Figura 1).

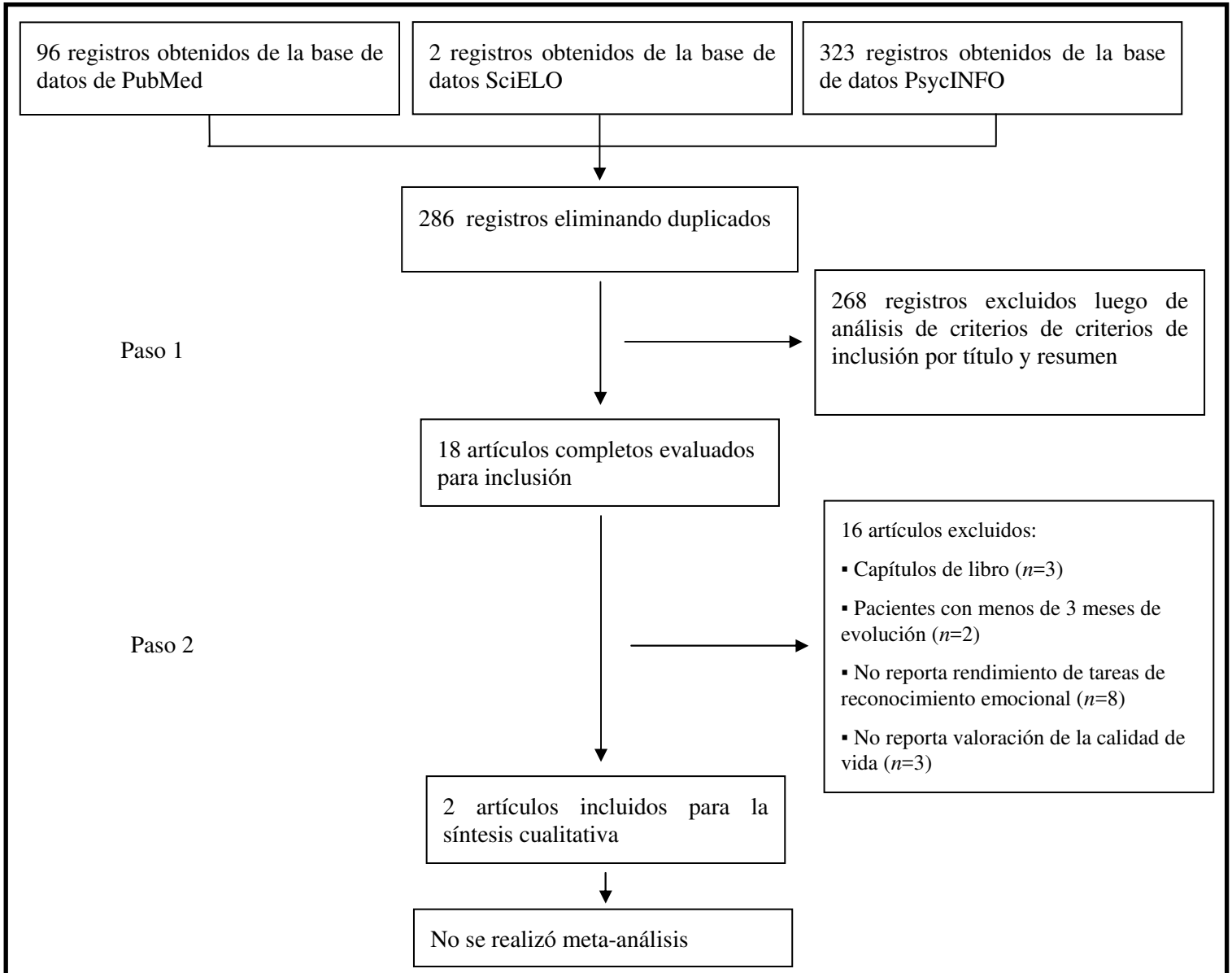


Figura 1. Diagrama de flujo del enfoque de dos pasos utilizado para seleccionar artículos originales sobre reconocimiento emocional y calidad de vida en pacientes con ACV.

Análisis de la bibliografía

Los artículos incluidos en la presente revisión sistemática fueron publicados en los años 2014 y 2017, ambos en idioma inglés (Cooper et al., 2014; Leung, Purdy, Tippett, & Leão, 2017). En la tabla 1 se muestran las principales características de estas investigaciones.

Tabla 1. Principales características de las investigaciones revisadas.

Artículo	Pacientes con ACV	Grupo control (GC)	Herramientas de evaluación de reconocimiento emocional	Herramientas para evaluar la calidad de vida (CdV)	Resultados principales
Cooper et al., 2014.	<i>n</i> = 28 17 hombres, 11 mujeres. <i>M</i> de edad = 67.7 (9.2) <i>M</i> de escol. = 12.8 (3.5) Localización de la lesión: HD (<i>n</i> =10) HI (<i>n</i> =12) Bilateral (<i>n</i> =6)	<i>n</i> = 40 27 hombres, 13 mujeres <i>M</i> de edad = 70.7 (8.5) <i>M</i> de escol. = 12 (2.4)	Rostro: FEEST Prosodia: FAB Multimodal: TASIT	WHO-QoL Bref mFLP	Rostro, prosodia y multimodal: - Ptes ACV < GC - HD = HI = bilat Correlaciones de alteraciones en la percepción emocional con participación social (mFLP) y CdV psicológica (WHO-QoL Bref)
Leung et al., 2017.	<i>n</i> = 11 6 hombres, 5 mujeres. Mediana de edad = 65 (rango intercuartil = 10) <i>M</i> de escol.: no reportada Localización de la lesión: HI (<i>n</i> =11)	<i>n</i> = 15 4 hombres, 11 mujeres. Mediana de edad = 64 (rango intercuartil = 9.5) <i>M</i> de escol.: no reportada	Prosodia: ACS Social Perception Subtests.	WHO-QoL Bref V-RQOL QASD	Puntaje de percepción social de prosodia: Ptes ACV < GC Correlaciones de la alteración en percepción emocional con impacto emocional y social del V-RQOL y en la comunicación del QASD

M = media; Escol. = escolaridad; HD = hemisferio derecho; HI = hemisferio izquierdo; FEEST = Facial Expressions of Emotion Stimuli and Test (Young, Perrett, Calder, Sprengelmeyer, & Ekman, 2002); FAB = Florida Affect Battery (Bowers, Blonder, Slomine, & Heilman, 1996); TASIT = The Awareness of Social Inference Test (McDonald, Flanagan, Martin, & Sunders, 2004); ACS = Advanced Clinical Solutions (Pearson,

<http://www.revneuropsi.com.ar>

ISSN: 1668-5415

2009); WHO-QoL Bref = The World Health Organization Quality-of-Life Bref (WHOQOL Group, 1998); mFLP = Modified Functional Limitation Profile (Pollard & Johnston, 2001); V-RQOL = Voice-Related Quality of Life (Hogikyan & Sethuraman); QASD = Questionnaire of Acquired Speech Disorders (Hartelius et al., 2008); bilat = lesión bilateral.

En ambas publicaciones revisadas se utilizó un diseño de comparación de grupos de pacientes con ACV contra controles sanos y suman datos de un total de 39 pacientes (23 hombres y 16 mujeres) y 55 controles sanos (31 hombres y 24 mujeres). La edad promedio de los grupos de pacientes, así como la de los grupos control, fue similar en ambos casos (Tabla 1).

En el estudio de Cooper et al. (2014) se evaluó a pacientes con lesiones que afectaron al hemisferio derecho (n=10), al hemisferio izquierdo (n=12), y con lesiones bilaterales (n=6); mientras que en el reporte de Leung et al. (2017) se incluyó únicamente a pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo (n=11).

Reconocimiento de emociones: evaluación y rendimiento.

Respecto de la evaluación de las habilidades de reconocimiento emocional, las investigaciones revisadas utilizaron pruebas estandarizadas de evaluación del reconocimiento de emociones básicas con expresiones faciales (Young et al., 2002), prosodia (Bowers et al., 1996; Pearson, 2009) y a través de estímulos multimodales con soporte de video (McDonald et al., 2004). Entre los trabajos revisados se observó una diferencia metodológica respecto de la forma de evaluación. Mientras que en el estudio de Cooper et al. se utilizaron tareas de emparejamiento del estímulo emocional presentado (rostro, prosodia y videos) contra una lista de palabras que funcionaban como las posibles opciones de respuesta, en el trabajo de Leung et al. se pidió a los participantes que emparejasen el tono de la voz escuchado en un audio (prosodia) con un rostro emocional o una escena que correspondiera a ese estímulo prosódico. Finalmente, en ninguna de las dos investigaciones revisadas se utilizaron tareas exhaustivas de control no-emocional: en una de ellas se reporta únicamente el análisis de la agudeza visual de los pacientes, testeada a partir de la lectura de un texto, y el Mini-Mental State Examination (Cooper et al., 2014) y en la otra se administró el *Brief Screen for Cognitive Impairment* (BSCI; Fillit et al., 2003) que consiste en una encuesta breve para detectar alteraciones cognitivas que es administrada telefónicamente al paciente (Leung et al., 2017).

A pesar de los diferentes métodos utilizados para evaluar la capacidad para reconocer emociones básicas, ambos trabajos reportaron consistentemente una disminución del rendimiento en el grupo de pacientes con ACV respecto del rendimiento del grupo control sano en todas las tareas emocionales utilizadas. Este patrón se observó para todos los pacientes, independientemente del tipo de estímulo utilizado y de la localización de la lesión cerebral (hemisferio derecho, hemisferio izquierdo o bilateral).

Calidad de vida

Respecto de la evaluación de la calidad de vida, en ambos trabajos revisados se utilizó la definición de la OMS y la escala WHO-QoL Bref (WHOQOL Group, 1998) para evaluar las dimensiones incluidas en dicha definición (salud física, bienestar psicológico, relaciones sociales y entorno), en función de satisfacción/insatisfacción. Este es un cuestionario de auto-llenado que consta de 26 preguntas que abarcan las cuatro dimensiones, las cuales a su vez se subdividen en un total de 24 facetas. El cuestionario incluye una pregunta o ítem por cada una de las facetas y dos preguntas generales, una vinculada a la valoración de la calidad de vida en general (“¿Cómo puntuaría su calidad de vida?”) y la otra sobre salud general (“¿Cuan satisfecho esta con su salud?”).

En adición a esa escala, en cada trabajo se utilizaron otras medidas adicionales para registrar el impacto en la vida cotidiana de los pacientes de acuerdo al objetivo planteado en cada caso. En el trabajo de Cooper et al. (2014), además de la escala mencionada, se utilizó la *Modified Functional Limitation Profile* (mFLP; Pollard y Johnston, 2001) para evaluar específicamente el impacto en la participación social y en la actividad. La misma consta de 136 ítems de auto-llenado que otorgan puntajes en 12 categorías. Para el trabajo mencionado, se consideraron las categorías incluidas para la evaluación de la “Participación social” (movilidad, hogar, recreación, interacción social y trabajo) y las de “Limitaciones en las actividades” (ambulación, cuidado corporal, estado de alerta y comunicación). Esta escala registra exclusivamente, cómo se siente el paciente *ese mismo día* y sólo considerando los impactos que el paciente considera que son consecuencia directa del ACV.

Por otro lado, en el trabajo de Leung et al. (2017) se incluyeron además de la escala de la OMS mencionada, otras que evalúan el impacto de las alteraciones de las “funciones verbales” (dentro de la cual los autores incluyen a la prosodia) en la calidad de vida. Las escalas utilizadas fueron: *Voice-Related Quality of Life* (V-RQOL; Hogikyan & Sethuraman, 1999) y *Questionnaire of Acquired Speech Disorders* (QASD; Hartelius, Elmberg, Holm, Lövberg, y Nikolaidis, 2008). La primera requiere que el paciente valore cuánto afectan sus alteraciones de la voz a la comunicación y a la relación con el entorno personal. Está compuesta, por 10 ítems que enumeran posibles dificultades las cuales el paciente debe valorar (desde “No es un problema” hasta “Es lo más problemático que podría ser”), una pregunta de valoración global y, finalmente, 5 ítems sobre el impacto en actividades de la vida diaria. Por otro lado, el QASD está compuesto por 50 afirmaciones que el paciente debe valorar de 0-“totalmente falso” a 5-“definitivamente verdadero” y sus ítems se agrupan en 10 secciones: afectación de la comunicación por alteraciones en el habla, lenguaje/cognición, fatiga, impacto emocional, impacto sobre las personas del entorno, impacto sobre las situaciones cotidianas, roles que el paciente percibe como afectados – familiar, social y laboral –, aspectos que contribuyen a los cambios percibidos, cuánto impacto tiene reducir la comunicación y, estrategias para aumentar la comunicación.

Una diferencia metodológica entre ambas investigaciones revisadas, fue que las escalas de valoración de la calidad de vida que pudieran ser administradas a ambos grupos (pacientes y controles), como la escala de la OMS (WHO-QoL Bref), no lo fueron en los dos casos. En el trabajo de Cooper et al. (2014), sólo se valoró la calidad de vida de los pacientes y no la de los controles, por lo que no se cuenta con datos respecto de si los pacientes perciben una disminución en su calidad de vida respecto de los controles sanos. En cambio, en el trabajo de Leung et. al (2017), las dos escalas que eran aptas para participantes con o sin patologías (WHO-QoL Bref y V-RQOL) fueron administradas a pacientes y controles. Los resultados de este último trabajo, muestran que los pacientes perciben una disminución en su calidad de vida respecto de los controles sanos, especialmente en las áreas de salud física, funcionamiento físico, impacto social y el área emocional.

Relación entre los déficits de reconocimiento emocional y la calidad de vida

Aunque, como se mencionó en el apartado anterior, las escalas de valoración de la calidad de vida fueron administradas en un caso sólo a pacientes y en el otro a pacientes y controles, ambos trabajos analizaron la relación de la calidad de vida percibida por los pacientes con el rendimiento en las tareas de percepción emocional. En ambos trabajos analizados, se observó peor rendimiento de los pacientes respecto del grupo control en todas las pruebas emocionales administradas y esto estuvo asociado a un empeoramiento en la calidad de vida de los mismos. El mayor impacto de estas alteraciones se observó, por un lado, en una disminución de la participación social, y en la calidad de vida psicológica detectadas a través de las escalas WHO-QoL Bref y mFLP (Cooper et al., 2014) y, por el otro, en las sub escalas de impacto emocional y social del V-RQOL, y en la de comunicación del QASD (Leung et al., 2017). Finalmente, aunque en el trabajo de Leung et al. se reporten otras diferencias significativas entre pacientes y controles en otros dominios de la calidad de vida (ej.: salud física) estos no pudieron ser interpretados como relacionados a las habilidades de reconocimiento emocional.

4. Discusión

El objetivo de la presente revisión sistematizada consistió en analizar la bibliografía disponible y sintetizar cuál es el impacto que tienen las dificultades en la percepción emocional sobre la calidad de vida en los pacientes con accidente cerebro vascular. Sin embargo, en contra de lo esperado por los investigadores que realizamos este trabajo, aunque exista vasta evidencia acerca las alteraciones en la capacidad de reconocimiento emocional en este grupo de pacientes, son escasos aún los trabajos que reportan la relación de ésta con la calidad de vida de los pacientes. De hecho, en la revisión reportada aquí, sólo se han identificado únicamente dos trabajos que abordaron la temática directamente (hasta noviembre de 2017). A pesar de que la búsqueda realizada arrojó poco más de 280 resultados, sólo dos de ellos evaluaron en

los pacientes ambos aspectos: la capacidad para reconocer emociones y su influencia sobre la calidad de vida. Este resultado contundente señala la importancia de aumentar las investigaciones que indaguen el impacto de las alteraciones, para conocer con mayor precisión qué alteraciones adquiridas post ACV deberían ser unos de los principales focos de tratamiento de los pacientes.

En una de las últimas revisiones sistematizadas disponibles sobre alteraciones de reconocimiento emocional en pacientes con ACV – sin incluir a la calidad de vida como variable de análisis – los autores mostraron que más del 80% de los estudios revisados reportaron alteraciones en la capacidad para identificar emociones a partir del rostro, la prosodia o de textos emocionales en pacientes con lesiones del hemisferio derecho y un porcentaje menor en pacientes con lesiones del hemisferio izquierdo (Yujaraj et al., 2013). Sin embargo, al hacer una análisis de esos 92 artículos revisados por Yuvaraj et al., no se halla ninguno que indague la relación de estos con algún aspecto de la calidad de vida de los pacientes, incluyendo, por ejemplo, el impacto en participación social. A pesar de ello, la mayoría de los trabajos allí analizados concluyen que las alteraciones reportadas en la percepción emocional serían cruciales para entender cómo los pacientes interactúan con otras personas y su impacto en el funcionamiento social, pero ninguno de ellos lo testea directamente. Dado los resultados de nuestra revisión sistematizada, se evidencia que faltan estudios que indaguen directamente dicha relación.

Igualmente, a pesar de que en la presente revisión sólo se identificaron dos trabajos (Cooper et al, 2014; Leung et al., 2017), ambos muestran un resultado similar: en los pacientes con ACV evaluados se observó alteraciones en la percepción emocional con distintos tipos de estímulos (rostro, prosodia, videos con información multimodal) y eso estuvo relacionado con una disminución en la calidad de vida psicológica, en la participación social y en la comunicación.

Esta relación no sólo se observó en el grupo de pacientes con lesiones del hemisferio derecho, sino también en aquellos con afectación del hemisferio izquierdo. Este aspecto resulta de particular relevancia ya que si bien las teorías clásicas sugieren que el reconocimiento emocional está mayormente a cargo del hemisferio derecho (Blonder, Bowers, y Heilman, 1991), las evidencias actuales muestran que las lesiones producidas en el hemisferio izquierdo también afectan el procesamiento emocional. Estos datos ya habían sido descriptos en otros trabajos realizados con pacientes con daño cerebral izquierdo, donde también se reportaron alteraciones en la capacidad de reconocimiento emocional a la hora de identificar la prosodia emocional en el discurso de los demás (Marotta, Barbera y Bongioanni, 2008; Zaidel, Kasher, Soroker, y Batori, 2002), aunque sus consecuencias no fueron de la misma magnitud y severidad como aquellas que se han reportado por lesión en el hemisferio derecho (Borod et al., 1992; Cancelliere y Kertesz, 1990; Heilman et al., 1975; House et al., 1987; Orbelo et al., 2003; Pell, 2006; Schlanger, Schlanger, y Gerstmanl, 1976; Van Lancker y Sidtis, 1992).

En función de los datos arrojados por los artículos analizados, esta revisión apoya la hipótesis de que las fallas en la percepción emocional se

encuentran relacionadas con una reducción en la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un ACV. Leung et al. (2017) proponen que en los pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo, no solo se podrían observar dificultades para procesar los aspectos nucleares del lenguaje, sino también las características prosódicas, lo cual genera dificultades no solo en la comunicación sino también en la participación social.

En ambos estudios las dimensiones de la calidad de vida mayormente comprometidas fueron la participación social y el entorno personal. Leung et al. (2017) sugieren que podría haber un efecto bidireccional, en donde o la calidad de vida percibida afecta al procesamiento de la prosodia emocional, o esta afecta la calidad de vida. Por otro lado, los hallazgos de Cooper et al. (2014) muestran que hay impacto en dos aspectos fundamentalmente: las interacciones sociales y la limitación en las actividades. Según estos autores, esta reducción en los compromisos sociales no se explican por las discapacidades físicas adquiridas luego de un accidente cerebro vascular, al contrario, se encuentran asociadas fuertemente a las fallas en la capacidad de percibir y reconocer emociones (Cooper et al., 2014).

Los resultados de esta revisión sistematizada enfatizan la necesidad de realizar investigaciones que indaguen la relación entre los déficits de reconocimiento emocional y la calidad de vida en pacientes con ACV, ya que los pocos trabajos existentes muestran que existiría un impacto, pero no se conoce con precisión cuál es la relación entre ambas. Por otro lado, estudios futuros podrían incluir en sus hipótesis de investigación relaciones causales entre la calidad de vida y el reconocimiento emocional, para conocer si efectivamente el aislamiento de las redes sociales y la reinserción deficiente en la comunidad a causa de las discapacidades adquiridas luego del ACV puedan mantener o intensificar los déficits en el procesamiento de las emociones y, consecuentemente, menguar los niveles de calidad de vida percibidos por los pacientes que hayan sufrido un accidente cerebro vascular.

Finalmente, contar con más trabajos que incluyan relaciones entre las afectaciones de distintos aspectos cognitivos y la vida cotidiana de los pacientes permitiría no sólo tener la información necesaria para conocer con precisión el impacto de dichas fallas, sino que permitiría desarrollar planes de intervención sobre aquellos aspectos centrales que afecten la calidad de vida de los pacientes y, por qué no, incluir también la calidad de vida percibida de los familiares de los mismos.

Bibliografía

Abbott, J. D., Wijeratne, T., Hughes, A., Perre, D., & Lindell, A. K. (2014). The perception of positive and negative facial expressions by unilateral stroke patients. *Brain and cognition*, 86, 42-54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2014.01.017>

Baum, C. M., Connor, L. T., Morrison, T., Hahn, M., Dromerick, A. W., & Edwards, D. F. (2008). Reliability, validity, and clinical utility of the Executive Function Performance Test:

<http://www.revneuropsi.com.ar>

ISSN: 1668-5415

A measure of executive function in a sample of people with stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 446-455. DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.62.4.446>

Blonder, L. X., Bowers, D., & Heilman, K. M. (1991). The role of the right hemisphere in emotional communication. *Brain*, 114, 1115-1127. DOI: <https://doi.org/10.1093/brain/114.3.1115>

Boice, R. (1983). Observation skills. *Psychological Bulletin*, 93(1), 3-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.93.1.3>

Bornhofen, C., & McDonald, S. (2008a). Emotion perception deficits following traumatic brain injury: A review of the evidence and rationale for intervention. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(4), 511-525. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1355617708080703>

Bornhofen, C., & McDonald, S. (2008b). Treating deficits in emotion perception following traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 18(1), 22-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09602010601061213>

Borod, J. C., Andelman, F., Obler, L. K., Tweedy, J. R., & Wilkowitz, J. (1992). Right hemisphere specialization for the identification of emotional words and sentences: Evidence from stroke patients. *Neuropsychologia*, 30(9), 827-844. DOI: [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(92\)90086-2](https://doi.org/10.1016/0028-3932(92)90086-2)

Bowers, D., Blonder, L. X., Slomine, B., & Heilman, K. M. (1996). *Nonverbal Emotional signals: Patterns of impairment following hemispheric lesions using the Florida Affect Battery*. San Francisco: American Academy of Neurology.

Cancelliere, A. E., & Kertesz, A. (1990). Lesion localization in acquired deficits of emotional expression and comprehension. *Brain and cognition*, 13(2), 133-147. DOI: [https://doi.org/10.1016/0278-2626\(90\)90046-Q](https://doi.org/10.1016/0278-2626(90)90046-Q)

Carota, A., Staub, F., & Bogousslavsky, J. (2002). Emotions, behaviours and mood changes in stroke. *Current opinion in neurology*, 15(1), 57-69.

Cooper, C. L., Phillips, L. H., Johnston, M., Radlak, B., Hamilton, S., & McLeod, M. J. (2014). Links between emotion perception and social participation restriction following stroke. *Brain injury*, 28(1), 122-126. DOI: <https://doi.org/10.3109/02699052.2013.848379>

das Nair, R., & Lincoln, N. (2007). Cognitive rehabilitation for memory deficits following stroke. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, CD002293. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002293.pub2>

Fillit, H., Mohs, R. C., Edelman, L. B., Sewell, M. C., Mills, C. s., Tsymuk, M., & Hill, J. (2003). A brief telephonic instrument to screen for cognitive impairment in a managed care population. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 10(8), 419-429.

Gutiérrez Pérez, C., Sävborg, M., Pålman, U., Cederfeldt, M., Knopp, E., Nordlund, A., Astrand, R., Wallin, A., Fröjd, K., Wijk, H., & Tarkowski, E. (2011). High frequency of cognitive dysfunction before stroke among older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(6), 622-629. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.2573>

- Hamilton, J., Radlak, B., Morris, P. G., & Phillips, L. H. (2017). Theory of Mind and Executive Functioning Following Stroke. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(5), 507-518. DOI: <https://doi.org/10.1093/arclin/acx035>
- Hartelius, L., Elmgren, M., Holm, R., Lövgren, A. S., & Nikolaidis, S. (2008). Living with dysarthria: evaluation of a self-report questionnaire. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 60(1), 11-19. DOI: <https://doi.org/10.1159/000111799>
- Heiman, K. M., Scholes, R., & Watson, R. T. (1975). Auditory affective agnosia. Disturbed comprehension of affective speech. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 38(1), 69-72.
- Hogikyan, N. D., & Sethuraman, G. (1999). Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). *Journal of voice*, 13(4), 557-569. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(99\)80010-1](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(99)80010-1)
- House, A., Rowe, D., & Standen, P. J. (1987). Affective prosody in the reading voice of stroke patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 50(7), 910-912. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.50.7.910>
- Leiva, S., Difalcis, M., López, C., Micciulli, A., Abusamra, V., & Ferreres, A. (2017). Disociaciones entre prosodia emocional y lingüística en pacientes con lesiones cerebrales del hemisferio derecho. *Liberabit*, 23(2), 211-232. DOI: <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n2.04>
- Leiva, S., Margulis, L., Micciulli, A., & Ferreres, A. (2017). Dissociation between facial and bodily expressions in emotion recognition: A case study. *The Clinical Neuropsychologist*, DOI: <https://doi.org/10.1080/13854046.2017.1418024>
- Leung, J. H., Purdy, S. C., Tippett, L. J., & Leão, S. H. (2017). Affective speech prosody perception and production in stroke patients with left-hemispheric damage and healthy controls. *Brain and language*, 166, 19-28. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2016.12.001>
- Marotta, G., Bongioanni, P., & Barbera, M. (2008). Prosody and Broca's aphasia: An acoustic analysis. *Studi Linguistici e Filologici Online*, 6, 79-98.
- McDonald, S. & Saunders, J.C. (2005). Differential impairment in recognition of emotion across different media in people with severe traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(4), 392-399. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1355617705050447>
- McDonald, S., Flanagan, S., Martin, I., & Saunders, C. (2004). The ecological validity of TASIT: A test of social perception. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(3), 285-302. DOI: <https://doi.org/10.1080/09602010343000237>
- Melcon, C. M., & Melcon, M. O. (2006). Prevalence of stroke in an Argentine community. *Neuroepidemiology*, 27(2), 81-88. DOI: <https://doi.org/10.1159/000094978>
- Mendis, S. (2013). Stroke disability and rehabilitation of stroke: World Health Organization perspective. *International Journal of Stroke*, 8(1), 3-4. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2012.00969.x>
- Morrison, R.L. & Bellack, A.S. (1981). The role of social perception in social skill. *Behaviour Therapy*, 12(1), 69-79. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(81\)80107-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(81)80107-4)
<http://www.revneuropsi.com.ar>
ISSN: 1668-5415

- Niemi, M. L., Laaksonen, R., Kotila, M., & Waltimo, O. (1988). Quality of life 4 years after stroke. *Stroke*, *19*(9), 1101-1107.
- Orbelo, D. M., Testa, J. A., & Ross, E. D. (2003). Age-related impairments in comprehending affective prosody with comparison to brain-damaged subjects. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *16*(1), 44-52. DOI: <https://doi.org/10.1177/0891988702250565>
- Pearson, N. C. S. (2009). *Advanced clinical solutions for WAIS-IV and WMS- IV: Administration and scoring manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Pell, M. D. (2006). Cerebral mechanisms for understanding emotional prosody in speech. *Brain and Language*, *96*, 221-234. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bandl.2005.04.007>.
- Pollard, B., & Johnston, M. (2001). Problems with the sickness impact profile: a theoretically based analysis and a proposal for a new method of implementation and scoring. *Social Science & Medicine*, *52*(6), 921- 934. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00194-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00194-5)
- Posner, M. I., & Fan, J. (2013). Attention following stroke. *Neurology*, *81*(9), 782-783. doi: <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182a2ca67>
- Remesso, G. C., Chiappetta, A. L. D. M. L., Aguiar, A. S., Fukujima, M. M., & Prado, G. F. D. (2009). Verbal language spontaneous recovery after ischemic stroke. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, *67*(3B), 856-859. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2009000500014>
- Sarti, C., RastenYTE, D., Cepaitis, Z., & Tuomilehto, J. (2000). International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994. *Stroke*, *31*(7), 1588-1601. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.STR.31.7.1588>
- Scott, C. L., Phillips, L. H., Johnston, M., Whyte, M. M., & MacLeod, M. J. (2012). Emotion processing and social participation following stroke: study protocol. *BMC neurology*, *12*(1), 56. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2377-12-56>
- Trower, P. (1980). Situational analysis of the components and processes of behaviour of socially skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *48*(3), 327-339. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.48.3.327>
- Van Lancker, D., & Sidtis, J. J. (1992). The identification of affective-prosodic stimuli by left- and right-hemisphere-damaged subjects: All errors are not created equal. *Journal of Speech & Hearing Research*, *35*(5), 963-970. DOI: <http://dx.doi.org/10.1044/jshr.3505.963>
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, *41*(10), 1403-1409. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, *28*(3), 551-558. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Young, A. W., Perrett, D., Calder, A., Sprengelmeyer, R., & Ekman, P. (2002). *Facial expressions of emotion: Stimuli and tests (FEEST)*. Bury St. Edmunds: Thames Valley Test Company.

Yuvaraj, R., Murugappan, M., Norlinah, M. I., Sundaraj, K., & Khairiyah, M. (2013). Review of emotion recognition in stroke patients. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 36(3-4), 179-196. DOI: <https://doi.org/10.1159/000353440>

Zaidel, E., Kasher, A., Soroker, N., & Batori, G. (2002). Effects of right and left hemisphere damage on performance of the "Right Hemisphere Communication Battery". *Brain and language*, 80(3), 510-535. DOI: <https://doi.org/10.1006/brln.2001.2612>