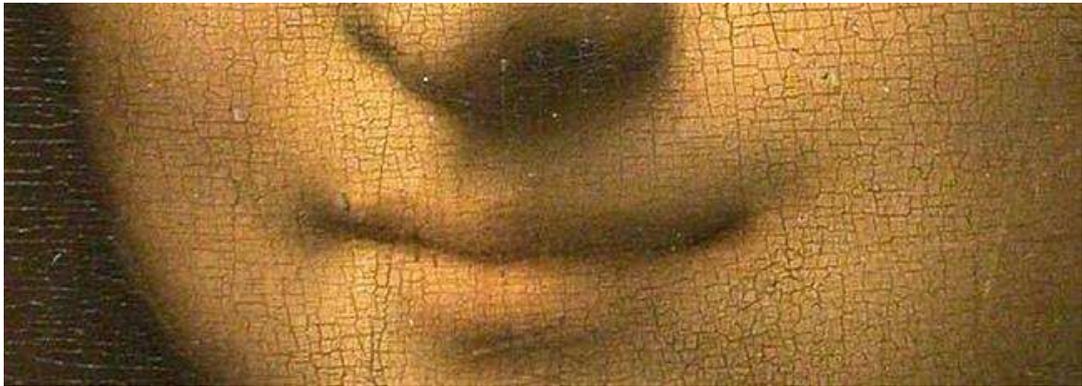


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA



**CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR
PSICOLÓGICO E IMAGEN CORPORAL
EN LA PARÁLISIS DE BELL**



TESIS DOCTORAL

Directores:

Dr. J. I. De Diego Sastre

Dr. L. T. Gallego Morales

Dra. M. P. Prim Espada

Sara M. Clariana Martín

Madrid, 2012

A mis padres y a mi hermano Antonio.

A mis abuelos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias a los directores de esta tesis, los Dres. Juan Ignacio de Diego, Luis Tomás Gallego y María Pilar Prim, por la confianza depositada y por todo el apoyo y orientación que desde el primer momento me han proporcionado.

A la Dra. Rosario Madero, Unidad de Bioestadística del Hospital Universitario La Paz, por su colaboración en los aspectos metodológicos.

A todos los pacientes con parálisis de Bell que desinteresadamente han participado en esta investigación. A las personas que integraron el grupo de la población general y a los familiares y amigos que me dieron acceso a ellos.

A Rosa, que ha creído en mí, y que me puso en contacto con los directores de esta tesis haciéndola así posible.

A todos los que me habéis apoyado en los momentos difíciles de la elaboración del trabajo.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1.1.- Introducción.....	pág. 7
1.2. Objetivos.....	pág. 12
1.2.1. Objetivos principales.....	pág. 12
1.2.2. Objetivos secundarios.....	pág. 12

II. HISTORIA DE LA PARÁLISIS FACIAL.....pág. 13

III. FACTORES PSICOSOCIALES Y PARÁLISIS FACIAL

3.1. Factores psicosociales y enfermedades infecciosas	pág. 20
3.2. Calidad de vida y parálisis facial.....	pág. 23
3.3. Imagen corporal y otros aspectos psicológicos en personas desfiguradas.....	pág. 34

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Material clínico.....	pág. 43
4.1.1. Participantes.....	pág. 43
4.1.2. Evaluación médica e instrumentos de evaluación psicológica.....	pág. 44
4.2. Métodos clínicos	pág. 47
4.3. Material y métodos estadísticos	pág. 47

V. RESULTADOS

5.1. Fiabilidad de las escalas utilizadas.....	pág. 51
5.2. Características de los participantes	pág. 52
5.3. Comparaciones entre el grupo con parálisis y la población general	pág. 55
5.3.1. Análisis previos	pág. 55
5.3.2. Diferencias entre los grupos.....	pág. 67
5.4. Relaciones entre las variables estudiadas.....	pág. 76
5.4.1. Relación entre la edad y el resto de variables.....	pág. 76

5.4.2. Relación entre la gravedad de la parálisis y el resto de variables ..	78
5.4.3. Relación entre las variables de calidad de vida y disforia corporal a lo largo del tiempo	pág. 86
5.4.4. Relación entre el bienestar psicológico, la calidad de vida y la disforia corporal.....	pág. 89
5.5. Evolución de las puntuaciones a largo del tiempo	pág. 96
5.5.1. Evolución de la parálisis facial.....	pág. 96
5.5.2. Evolución de la calidad de vida.....	pág. 97
5.5.3. Evolución de la disforia corporal.....	pág. 108
5.5.4. Evolución del bienestar psicológico.....	pág. 109
5.6. Predicción de la calidad de vida	pág. 109
5.6.1. Predicción a los tres meses	pág. 110
5.6.2. Predicción a los seis meses ó más.....	pág. 112

VI. DISCUSIÓN.....pág. 115

VII. CONCLUSIONES.....pág. 172

VIII. ANEXOS

Anexo I.....	pág. 176
Anexo II.	pág. 185
Anexo III.	pág. 197

IX. BIBLIOGRAFÍApág. 198

I.- INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

I.- INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1.1.-INTRODUCCIÓN

La parálisis facial de Bell (PB) es la causa más frecuente de parálisis facial periférica. Se caracteriza por una debilidad muscular facial unilateral, afectando al movimiento voluntario y reactivo a emociones, de todos los músculos de ese lado del rostro. En la parálisis central, en cambio, la función del músculo frontal no se ve afectada, al igual que tampoco se alteran los movimientos faciales emocionales.

En la PB la expresión de la cara queda visiblemente dañada: desaparecen arrugas de la frente, el cierre del ojo del lado afectado se dificulta o impide y se altera el movimiento de la boca. Actividades tan básicas para el individuo como la articulación del habla o la ingestión de líquidos, pueden verse seriamente perturbadas. Estos primeros síntomas motores de la PB, pueden venir precedidos en ocasiones por pródromos de infección viral inespecífica. Además, puede acompañarse de dolor retroauricular, disgeusia, lagrimeo y/o sequedad ocular (sensación de cuerpo extraño), algiacusia, hiperacusia, etc. (síntomas justificados por el trastorno de las funciones sensitivas y vegetativas del VII par craneal). Todo ello puede hacer que el paciente tenga una particular sensación de gravedad en relación con su enfermedad.

El pronóstico en general suele ser favorable, ya que se ha visto que esta entidad puede remitir de forma espontánea en una gran proporción de casos. Sin embargo, también es posible que se desarrollen secuelas con un impacto significativo en el sujeto debido a su relevancia sobre la mímica facial. Algunas de las más importantes y frecuentes son las paresias de carácter permanente, las contracturas de la musculatura, las sincinesias o los espasmos hemifaciales¹.

El estudio en profundidad de cualquier aspecto relacionado con la PB puede beneficiar a un grupo importante de población, pues es un trastorno bastante común. Sin embargo, su frecuencia de aparición es muy variable a lo largo de todo el mundo. De Diego *et al.*² revisaron en 2005 una serie de trabajos publicados entre 1966 y 2003, que investigaban la incidencia de esta enfermedad y utilizaban criterios diagnósticos precisos en la selección de los enfermos, encontrando unas variaciones muy notables en las distintas latitudes estudiadas². La conclusión de este artículo fue que variables como la raza, la prevalencia de algunos factores predisponentes de la PB, las características de la zona geográfica analizada o los factores climáticos, podrían justificar (al menos en parte) las diferencias halladas en la aparición de la enfermedad.

En la mayoría de las series revisadas, el número de casos registrados se situaba entre los 11 y los 40 por cada 100.000 habitantes y año². Mientras que el análisis de esa incidencia en función de las estaciones del año no produjo resultados consistentes, los diferentes climas podrían esclarecer de algún modo las diferencias encontradas en las distintas zonas del mundo. De ese modo, parece que los países o áreas con un clima tropical, mediterráneo y ciertos tipos de clima templado, presentan una incidencia media anual por cada 100.000 habitantes muy similar, y en torno a los 29,9 casos; y las regiones con un clima clasificado como templado húmedo y frío, entre las que estarían Inglaterra, Suecia o Noruega, presentan una incidencia media de 15,2 casos. Por último, las áreas con un clima templado continental, como Texas o Minesota, situarían su incidencia en cerca de 23,3 casos.

La etiología de la enfermedad es uno de los aspectos que más interés ha generado acerca de la PB. Así, las teorías que se han desarrollado para entender el cuadro que describió Charles Bell en 1829 son

diversas y han variado a lo largo de la historia³. Vamos a describirlas a continuación con algo de detalle.

A mediados del s. XX (entre los años 40 y 60), la hipótesis predominante fue la de la isquemia vascular primaria. Según ésta, se consideraba que una disfunción del sistema nervioso autónomo podía causar espasmo y trombosis en los vasos nutricios del nervio facial, provocando de ese modo la PB⁴. Posteriormente, se postuló la hipótesis de la isquemia secundaria, en la que un proceso de tipo inflamatorio, vírico o inmunológico produciría una alteración en la microcirculación del nervio y una disminución de la conductividad neural, siendo ésta la posible causa del edema. El vasoespasmo, de un origen no siempre conocido, aunque podría estar asociado en algunas situaciones a la exposición al frío⁵ (como lo indicó un estudio realizado con primates) o a las extracciones dentarias⁶, podría dar lugar a esta isquemia secundaria. También la embolización de ramas arteriales tributarias del nervio facial producía parálisis faciales de fisonomía periférica, siendo más evidente aún en estos casos el mecanismo de isquemia secundaria vascular. De estos hallazgos parecía desprenderse que la PB podría estar provocada por una lesión vascular, localizada inicialmente en ramas nerviosas muy periféricas, que se extendía en origen desde dichas ramas hacia el tronco nervioso principal. Sin embargo, cuando en ulteriores investigaciones se realizaron estudios histopatológicos en nervios faciales humanos, se encontraron diferencias entre las parálisis isquémicas y las PB. Así, a la vista de tal disparidad de hallazgos, se concluyó que aunque una parálisis facial puede originarse a partir de una lesión isquémica del nervio facial, no es probable que sea ésta fuera la causa principal de la PB⁴.

Posteriormente, a principios de los años 70 surgió la hipótesis inmunológica^{7,8,9,10}. Ésta consideraba que el mecanismo causal de la PB era una reacción inmunológica localizada en el nervio facial, cuyos factores desencadenantes serían fundamentalmente infecciones víricas, aunque también podrían serlo otros estímulos. En efecto, diversos hallazgos hacen pensar que en la PB hay una disfunción en el sistema inmune, como una

respuesta inmunológica prolongada, y una alteración en los procesos metabólicos¹⁰. Los mecanismos inmunológicos pueden tener una gran importancia en la patogénesis de la PB, pero no parecen ser la causa por sí mismos.

También a comienzos de los 70, concretamente en 1972, Fisch y Esslen¹¹ formularon la hipótesis de la compresión y propusieron que la PB podría estar provocada por una lesión del nervio facial localizada proximal al ganglio geniculado. Subsiguientes trabajos que han seguido esta línea han sugerido que la causa de la enfermedad podría ser la ganglionitis vírica del ganglio geniculado, siendo la compresión parte del mecanismo fisiopatogénico.

Otra explicación propuesta es que el trauma emocional podría ser uno de los mecanismos etiológicos de la parálisis facial¹². Los autores de esta teoría examinaron psicológicamente a 44 pacientes con este trastorno, y concluyeron que el 16% de ellos habían sufrido un trauma emocional (graves problemas laborales, conflictos familiares, etc.) poco antes de la parálisis facial, respondiendo con ansiedad severa, síntomas depresivos e histéricos. Consideraron que la parálisis de estos enfermos podría haber sido causada por la constricción del "*vasa nervorum*" del nervio facial en el canal de Falopio, ya que las respuestas emocionales pueden provocar espasmos vasculares. Un caso de parálisis facial recientemente descrito puede servirnos para ejemplificar esta hipótesis¹³: Un hombre sufrió esta patología poco después de experimentar un intenso trauma psicológico. Primero fue diagnosticado de PB en el lado derecho y al recuperarse de ésta, apareció el mismo fenómeno en el lado izquierdo. No se encontraron evidencias de etiología infecciosa y los resultados de la punción lumbar y de los análisis que le realizaron fueron negativos. Asimismo, fue diagnosticado de trastorno de estrés postraumático. Tiempo después, volvieron a aparecer los síntomas de una parálisis facial en el lado derecho junto con una intensa sensación de miedo, de forma previa a una sesión de

psicoterapia en la que el paciente anticipaba que se le iba a confrontar con el trauma que sufrió. El episodio duró cerca de dos horas.

La hipótesis más recientemente propuesta, la vírica, explica que la PB podría estar causada por una infección por el virus del herpes simple (VHS) en la que no existiera afección mucocutánea. De hecho, es frecuente observar en los enfermos con PB los mismos factores que se asocian a la reactivación del VHS como el estrés, las infecciones respiratorias, extracciones dentarias, exposición al frío, etc. Los resultados de analíticas y de las pruebas de imagen apoyan esta hipótesis de la reactivación viral. De igual forma, los pocos datos existentes sobre la histopatología de la PB indican que las lesiones del nervio facial pueden ser debidas a un virus y, en uno de los casos analizados, dichas lesiones resultan ser muy similares a las provocadas por el herpes zóster en el nervio facial. Con todos estos datos clínicos, la hipótesis de la PFB más factible es la que explica esta enfermedad como una reactivación del VHS acantonado en el nervio facial que ocasionase una serie de fenómenos inmunológicos y de compresión¹⁴. De hecho, esta entidad se suele tratar con glucocorticoides (potentes antiinflamatorios que modulan además la respuesta inmune), añadiéndose en algunos casos antivirásicos que inhibirían la replicación viral^{15,16}.

Como resumen de lo comentado en los párrafos anteriores, la hipótesis vírica es la que se encuentra hoy por hoy más en boga, aunque esto no excluye que las otras hipótesis aporten datos relevantes para la comprensión de la PB, cuya verdadera explicación podría ser aún desconocida.

Pero más allá de la clínica, epidemiología, etiopatogenia y tratamiento de la enfermedad, hay otros aspectos que desde hace años han llamado la atención de los investigadores. Uno de ellos hace referencia a la interferencia de la enfermedad en la vida cotidiana de las personas, en su bienestar y en sus quehaceres diarios. Se trata del concepto de *calidad de vida*, ampliamente estudiado en la actualidad y del que se ocupará este

trabajo en relación con la parálisis facial. La calidad de vida fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en los cuales viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”*¹⁷. Puede decirse que el concepto de calidad de vida abarca tres dimensiones: las dos primeras, el estado funcional de la persona y el acceso a las oportunidades y recursos para usar estas habilidades, forman parte de la denominada calidad de vida objetiva; la tercera dimensión, la sensación de bienestar, es la llamada calidad de vida subjetiva¹⁸.

1.2.-OBJETIVOS

Una vez consideradas estas cuestiones, nos propusimos hacer un estudio con los siguientes objetivos.

1.2.1.-Objetivos principales

- Estudiar la calidad de vida relacionada con la salud, su evolución y la disforia corporal de los pacientes que han recibido el diagnóstico de parálisis de Bell.
- Conocer si la evolución de la calidad de vida está relacionada con el bienestar psicológico inicial de los pacientes.

1.2.2.-Objetivos secundarios

- Identificar los factores de riesgo y protección en el padecimiento de secuelas psicosociales en la parálisis de Bell.
- Proponer posibles cambios en el modelo de intervención sanitaria, que mejoren la adaptación del paciente y su calidad de vida en base a los resultados encontrados.

II.- BREVE HISTORIA DE LA PARÁLISIS FACIAL

II.- BREVE HISTORIA DE LA PARÁLISIS FACIAL

Resende y Weber¹⁹ han descrito recientemente los antecedentes históricos del estudio de la parálisis facial periférica. Esta enfermedad era ya conocida por los habitantes del antiguo Egipto, Grecia y Roma clásicas, Edad Media y Renacimiento.

Por ejemplo, el médico romano Cornelius Celsus ya facilitó un breve resumen de esta patología. En algunos tratados médicos egipcios, a fin de curar "*las deformaciones de la mitad de la cara y del ángulo de la boca*", se proponía hacer arder delante del enfermo restos del bosque o recubrir la piel con aceite de aloe. Sin embargo, no realizaban una buena distinción entre parálisis centrales y periféricas ²⁰.

La presencia de la parálisis facial en las diferentes culturas, se hace patente a través de las creaciones artísticas a lo largo de todo el mundo, que plasman rostros aquejados por la misma. Así Charlier²⁰ muestra una de las estatuillas helenísticas de Smirne en barro cocido, cuya procedencia se data entre los s. IV y I a. de C. Parece estar mostrando una persona aquejada de parálisis facial periférica izquierda. Como dice el autor del artículo, representa a un hombre maduro con pómulos prominentes y una marcada asimetría facial, que no aparenta ser debida a la mala calidad de la escultura. Hay una reducción de los pliegues faciales de la izquierda, una desviación de la comisura de los labios hacia debajo de ese mismo lado y una menor apertura del ojo derecho.

Es de destacar que dentro de las dos enfermedades más frecuentemente representadas en las máscaras africanas se encuentre junto a la *gangosa*, la parálisis facial. En las máscaras llamadas *mbangu* del Congo y de Liberia, las parálisis que muestran son periféricas y las esculturas tienen decolorada la mitad de la cara, generalmente el lado

II.- Breve historia de la parálisis facial

dañado (**Figura 2.1**). Estas máscaras son variaciones de la representación de un reconocido cazador que sufrió parálisis facial. Las máscaras muestran cómo hasta los miembros más estimados de la sociedad pueden enfermar. El pueblo pende (Congo) cree que el personaje al que representan fue víctima de un hechizo por un rival celoso. En la expresión artística del pueblo, un hombre danza disfrazado con esta máscara, y simboliza la indefensión hacia el que hechiza sin que la víctima pueda evitarlo. El resto ha de mostrar respeto ante la deformidad pues en caso de burla, podría llegar a padecer una parálisis similar. En Liberia, otras explicaciones se alejan del aspecto ritual y consideran que las máscaras se realizan para agradecer la curación de la parálisis por el tratamiento seguido²¹.

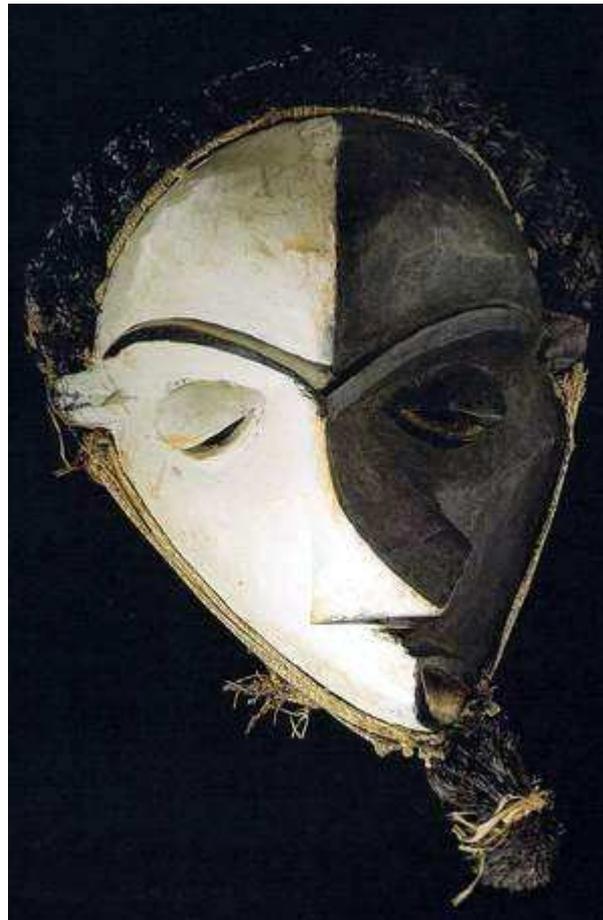


Figura 2.1. Máscara mbangu. Pende, Congo.

<http://corpoesociedade.blogspot.com/>

II.- Breve historia de la parálisis facial

En Java y Bali (Indonesia) también se realizaban máscaras representando a enfermos de lepra, con labio leporino, con parálisis facial, etc., en honor a los sujetos desfigurados²⁰.

Dejando aparte el arte, los primeros estudios médicos de la parálisis de Bell se atribuyen a Avicena (979–1037 a. de C.), que supuestamente, fue el primero en diferenciar la parálisis central de la periférica, distinguiendo si la enfermedad estaba en el "*centro del cerebro o en el nervio*". Él consideraba como posibles causas de la enfermedad la compresión del nervio debida a un accidente, un tumor o el seccionamiento del nervio, y prescribía plantas medicinales de uso tópico con efecto vasodilatador, masajes en cuello y cara, además de otra serie de procedimientos. Consideraba que no se podría esperar una mejoría de una parálisis facial que permaneciera más de seis meses.

En el siglo IX d. de C., el médico persa Razi, realizó importantes contribuciones al conocimiento de la parálisis facial unilateral. Incluía descripciones ajustadas de la sintomatología, incluyendo la ausencia de arrugas en la parte de la frente del lado afectado, y la diferenciaba del espasmo facial y distinguía dos tipos: uno asociado a lesiones cerebrales en base a la existencia de alteración de la conciencia, sordera, ceguera, etc., en el que el paciente estaba en peligro de muerte y otra clase de parálisis facial, que en algunos casos podía llegar a una remisión total. Sugería tratamientos que requerían la aplicación de compresas templadas, aceites, masajes..., en la misma línea que Avicena. El tratamiento podría durar un mes y, al igual que él, consideraba que una vez transcurridos seis meses desde el inicio de la parálisis, si ésta no había evolucionado, era poco probable una remisión²².

Otros médicos que describieron la parálisis de Bell fueron el holandés Cornelis Stalpart van der Wiel, en el s. XVII, y James Douglas en 1704^{23,24}. A finales del s. XVIII, Nicolaus A. Friedreich, profesor en la

II.- Breve historia de la parálisis facial

Facultad de Medicina de Würzburg publicó un estudio que analizaba tres casos de parálisis facial. Los pacientes eran adultos de mediana edad con una parálisis facial unilateral de comienzo agudo o subagudo, y que mejoraron progresivamente^{23,24}.

Según la descripción del profesor Friedreich, en estos pacientes, la enfermedad había sido precedida por la exposición a corrientes frías de aire. Posteriormente pasaron una noche sin poder descansar y encontraron que la mitad del rostro estaba flácido, implicando la ceja, el párpado y la mejilla. Además, los músculos de la cara parecían aproximarse hacia el lado no afectado por la parálisis. Sugería que su dolencia podría estar causada por factores locales que actuaran sobre el nervio facial, en concreto, el frío. Él denominaba a esta enfermedad, "*parálisis reumática de los músculos faciales*"^{23,24}.

Décadas después, Sir Charles Bell (1774-1842) (**Figura 2.2**), profesor de Anatomía y Cirugía en el Royal Collage de cirujanos de Londres, describió un cuadro que se caracterizaba por debilidad facial unilateral debida a un funcionamiento inadecuado del nervio facial. A ello pudo haber contribuido la probable lectura del trabajo de Friedreich, publicado en Edimburgo en 1800, ciudad donde Bell estudió Medicina²³.

Según Jongkees²⁵ los síntomas más relevantes de la parálisis que describió Bell y, que posteriormente tomó su nombre, eran edema de la región temporal, dolor leve, hiperacusia, alteraciones en el gusto, disartria y déficits motores en la parte de la cara afectada, preservándose la sensibilidad. Según diversos autores^{19,25,26}, el mismo Bell pudo haber sufrido una parálisis facial periférica, lo que se comprobaría realizando un análisis neurológico de las fotografías del ilustre médico (ver **Figura 2.2**).



Figura 2.2. Retrato de Sir Charles Bell. Publicado por Pettigrew en la Galería Médica de Retratos.

III.- FACTORES PSICOSOCIALES Y PARÁLISIS FACIAL

III.- FACTORES PSICOSOCIALES Y PARÁLISIS FACIAL

El análisis pormenorizado de los factores psicosociales y la parálisis facial es bastante amplio y, por ende, complejo en su exposición. Por ello hemos creído conveniente su división en tres subapartados principales, a saber: factores psicosociales y enfermedades infecciosas, calidad de vida y parálisis facial e imagen corporal y otros aspectos psicológicos en personas desfiguradas. Vamos a proceder a continuación a desarrollar cada uno de ellos con más detalle.

3.1.-FACTORES PSICOSOCIALES Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Según los estudios existentes, el estrés psicosocial en forma de sucesos vitales estresantes, disminuye de forma significativa la resistencia a las enfermedades infecciosas. A principios del s. XX, ya Ishigami (citado por Sandín et al.²⁷) postuló un componente psicológico en la tuberculosis. Ello fue a partir de observaciones en las que se comprobó que los pacientes tuberculosos bajo tensión emocional tenían más disminuida la actividad fagocitaria, lo que le llevó a sugerir que un deterioro del funcionamiento inmunológico producido por sucesos vitales podía incrementar la vulnerabilidad para la enfermedad. Existen incluso datos más recientes sobre la influencia del estrés en las infecciones respiratorias y en algunos estudios se ha podido relacionar el estrés psicológico con una peor respuesta inmunológica a las vacunas contra virus y bacterias (p. ej. la de la hepatitis B, rubeola, meningitis, papiloma humano, etc.), constituyendo dicha respuesta un buen indicador de la reacción del organismo ante los agentes patógenos^{27, 28, 29}. Hay dos modelos en los que encontramos datos relevantes sobre estos hechos y que procedemos a describir seguidamente.

En relación al modelo de Eysenck y Grossarth-Maticek²⁷, parece que las personas que muestran un tipo 1 de reacción al estrés presentan con mayor frecuencia enfermedades infecciosas tanto leves como graves^{27,30,31}.

Los individuos de este tipo 1 se caracterizan por un alto grado de dependencia conformista reaccionando ante sucesos estresantes con sentimientos de indefensión y reprimiendo la expresión emocional. También tienen tendencia a la idealización. Estos sujetos tendrían, según dicho modelo, una especial propensión a padecer cáncer. El hecho de que posiblemente también estén más predispuestos a enfermedades infecciosas podría venir explicado por un peor funcionamiento inmunológico, que se haría patente ante condiciones de estrés²⁷.

Por otra parte, en el segundo de los modelos, el de Cohen y Williamson³², la susceptibilidad a padecer una infección está mediada, probablemente, por la función inmune. El estrés influiría en esa función a través del sistema nervioso central y del sistema inmunológico, o a través de la vía neuroendocrina (por medio de hormonas como el cortisol, la epinefrina o norepinefrina). Los cambios comportamentales en respuesta al estrés, podrían influir en la función inmunitaria o en la intensidad de exposición a patógenos. Por ejemplo, una persona puede tratar de afrontar el estrés bebiendo y fumando más, modificando su dieta o durmiendo poco, lo que podría afectar a la respuesta inmunológica. Otras personas pueden descuidar su salud involucrándose, verbigracia, en relaciones sexuales inseguras, lo que incrementaría la exposición a agentes infecciosos. **(Figura 3.1)**

Algunos de los factores descritos en el párrafo anterior mediarían igualmente, según los autores del modelo³², en la duración y gravedad de las infecciones. Pero también existirían factores no mediados por el sistema inmunológico que afectarían al tejido corporal implicado en la enfermedad. Así, en lo concerniente a los hábitos de salud, si una persona incrementa el consumo de tabaco en respuesta al estrés, puede provocar irritación en diversos tejidos y determinadas hormonas asociadas al estrés, ocasionar efectos como la vasodilatación. Por otro lado, la adherencia a los

tratamientos prescritos (cumplimiento terapéutico), que se ve afectada negativamente por circunstancias vitales adversas, puede indudablemente también influir sobre el curso de la enfermedad. Además, a través de la estimulación hormonal o neural de la reproducción de patógenos, o la supresión de determinadas funciones inmunológicas, el estrés puede influir en la reactivación de agentes patógenos que hasta el momento permanecían latentes en el organismo (**Figura 3.2**). La reactivación de patógenos sería de especial relevancia en el caso de las infecciones por herpes que, como ya se ha señalado, puede ser la etiopatogenia de la PB³².

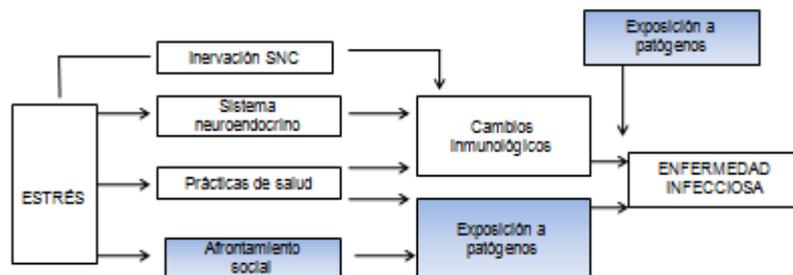


Figura 3.1. Factores implicados en la relación entre estrés e inicio de enfermedades infecciosas (Cohen y Williamson)³².

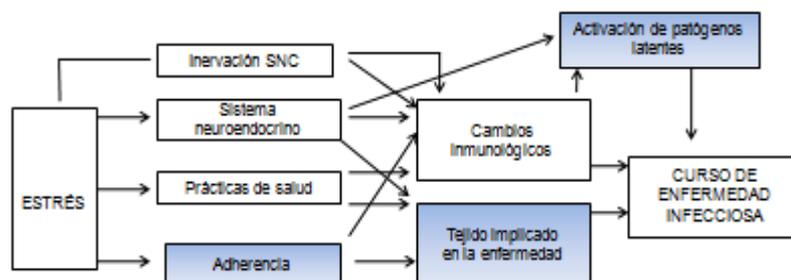


Figura 3.2. Factores implicados en la relación entre estrés, reactivación de patógenos latentes y curso de las infecciones (Cohen y Williamson)³².

Trabajos más recientes vienen a apoyar este modelo³² en el sentido de que las disfunciones inmunológicas inducidas por estrés psicológico se asocian con el desarrollo, la gravedad, la duración de las

enfermedades infecciosas y la recurrencia de estas infecciones, incluyendo las provocadas por herpes²⁸.

3.2.- CALIDAD DE VIDA y PARÁLISIS FACIAL

En los estudios que tratan sobre factores psicosociales, la evaluación de la calidad de vida puede entenderse bajo tres perspectivas diferentes, que son las siguientes³³:

La valoración de la *calidad de vida en general*, que abarcaría aspectos como salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, ocio y derechos humanos.

La *calidad de vida relacionada con la salud*, cuya estimación abarca la función física, el estado psicológico, la función social y los síntomas físicos. La discapacidad, la incomodidad y la insatisfacción pueden considerarse también componentes de la calidad de vida relacionada con la salud.

La *calidad de vida relacionada con una enfermedad específica*, que se centra más en los aspectos propios derivados de esa patología concreta.

De estas tres maneras de enfocar el concepto *calidad de vida* vamos a pormenorizar, exponiendo los resultados obtenidos en una serie de trabajos, las dos últimas de ellas, esto es: la *calidad de vida relacionada con la salud* y la *calidad de vida relacionada con una enfermedad específica*.

Como se acaba de comentar, la capacidad (o discapacidad) para realizar ciertas actividades, puede considerarse un componente de la *calidad de vida relacionada con la salud*. Esta relación puede observarse en el hecho de que los instrumentos de evaluación que se encuentran a menudo bajo el epígrafe de "instrumentos de evaluación de la discapacidad", aparecen también dentro de los listados de instrumentos que miden la calidad de vida. En un primer momento, la discapacidad fue

considerada como un epifenómeno de la enfermedad y se hablaba de deficiencias funcionales que supuestamente venían siempre acompañando a la enfermedad. Englobaban tanto las llamadas "actividades de la vida diaria" (comer, vestirse, etc.), como las "actividades instrumentales de la vida diaria" tales como la administración del dinero, el mantenimiento de una casa o el funcionamiento social. Actualmente se establece una mayor distinción entre la enfermedad o el proceso patológico y la discapacidad, que contempla el impacto de la enfermedad en el funcionamiento de la persona. De ese modo, se consideran conceptos que pueden estar en relación, pero se refieren a aspectos diferentes³⁴.

Aunque el enfoque más extendido de la calidad de vida resalta las limitaciones en la salud en los diferentes ámbitos de la persona (físico, laboral, emocional, etc.), existen otros modelos (como por ejemplo los pertenecientes a la Psicología Positiva o la Psicología del Potencial) que complementan esa visión, proporcionando una idea de salud mucho más completa que la de "ausencia de enfermedad" que durante muchos años imperó. Por ejemplo, para Ryff y Singer³⁵, el potencial humano nace o se dispara frecuentemente ante la adversidad. Por ello, es fundamental el estudio de las capacidades y no sólo de las discapacidades en momentos vitales negativos, como son los procesos de enfermedad³⁵.

Centrándonos de lleno en el estudio psicológico del bienestar, se distinguen las perspectivas *hedonista* y la *eudaimónica*, cuyos orígenes se encuentran en antiguos filósofos como Aristipo o Epicúreo, en el primer caso y Aristóteles, en el segundo³⁶. El planteamiento *hedonista* busca maximizar el disfrute inmediato, el placer, y estudia conceptos como el afecto positivo o la satisfacción vital percibida. La perspectiva *eudaimónica*, se centra en vivir de acuerdo a los propios valores, desarrollando y ejercitando las potencialidades^{36,37}.

Según la concepción de autores que abogan por este segundo planteamiento, como Ryff, la vida plena no es la que se caracteriza por la ausencia de emociones o experiencias negativas, sino la que implica la capacidad de manejar las dificultades que se encuentran en el día a día. Considerada así esta cuestión, Carol Ryff³⁸, desde una perspectiva *eudaimónica*, formuló en 1989 un modelo multidimensional del bienestar psicológico. Para ello se basó en aportaciones previas de autores como Maslow, Rogers, Allport, etc. Dicha autora propuso las siguientes dimensiones:

Autoaceptación. Esta dimensión no representa tanto la autoestima, como el conocimiento de los propios aspectos positivos y negativos y la aceptación y actitud compasiva hacia ellos.

Relaciones positivas con otras personas, intimidad profunda y amor.

Autonomía o la capacidad de vivir coherentemente con nuestras convicciones y creencias personales.

Dominio del entorno. Esta faceta requiere la habilidad de elegir, crear y mantener ambientes para satisfacer las necesidades. Precisa de una actitud activa frente al mundo.

Propósito en la vida. Hace referencia a la capacidad de crear y perseguir metas en la vida, lo que contribuye a encontrar un significado a las experiencias que vivimos.

Crecimiento personal. Implica darnos cuenta de nuestro potencial y conocer cómo desarrollarlo. Está claramente relacionado con el crecimiento postraumático y con la recuperación ante las pérdidas y desafíos de la vida.

A partir de este interés creado en el estudio del bienestar desde una perspectiva psicológica, han surgido ulteriormente múltiples investigaciones sobre este tema. Más allá de los estudios que relacionan las emociones negativas y la depresión con la salud física y con el sistema inmunológico, existen ya diversos trabajos cuyas variables se refieren a las emociones positivas. Así, tras medir el afecto positivo y negativo de 193

voluntarios durante dos semanas, los investigadores de un riguroso estudio sobre estas cuestiones³⁹ determinaron cuál era su "estado emocional medio". También midieron diversas variables médicas. Posteriormente, expusieron a los sujetos, a través de gotas nasales, a dos tipos de virus (Rinovirus o Influenza A) causantes de muchos de los resfriados comunes de vías respiratorias altas. A los 28 días se les realizó un análisis de sangre. Así mismo, diariamente, se les preguntaba acerca de la presencia de síntomas catarrales junto con medidas objetivas que incluían la producción de mucosidad nasal. Tras registrar estos parámetros y otras variables tales como la edad, el nivel de anticuerpos previo, el sexo, el Índice de Masa Corporal y el afecto, concluyeron que las personas que referían experimentar más afecto positivo (en el sentido de sentirse felices, vitales y calmados) tenían mayor resistencia a desarrollar un resfriado. Igualmente, referían menos síntomas después de haber controlado los signos objetivos de enfermedad. Esas relaciones eran independientes del afecto negativo (ansiedad, hostilidad, depresión), de la percepción subjetiva del estado de salud y de disposiciones cognitivas y sociales asociadas con el estado de ánimo positivo.

En otra investigación, los autores⁴⁰ utilizaron los datos del Estudio de Alameda llevado a cabo entre los años 1965 y 1993. Con una muestra de 6856 personas que tenían más de veinte años cuando fueron evaluados, encontraron que después de controlar variables demográficas y de salud inicial, la satisfacción vital global, la satisfacción con diversos ámbitos de la vida (trabajo, matrimonio e hijos) y el afecto positivo que refirieron en el momento de la evaluación, eran factores predictivos significativos asociados a un riesgo menor de mortalidad por cualquier causa (incluidas las causas naturales). Por otro lado, con excepción de la satisfacción con diversos ámbitos, el resto de los parámetros predecían igualmente un menor riesgo de muertes no naturales. Las agrupaciones parecían mediadas por las redes de apoyo social, siendo especialmente destacadas en la población que

inicialmente estaba sana. El afecto negativo no resultó ser una variable predictiva de la mortalidad.

Continuando con el tema de los afectos, Pressman y Cohen⁴¹ explicaron la influencia del afecto positivo en la salud a través de dos modelos basados en la evidencia existente en este momento:

En el primer modelo se explica la relación directa del afecto positivo sobre el comportamiento y los sistemas fisiológicos. A través de distintas variables que se citarán a continuación, el afecto positivo acabaría influyendo en el sistema inmunológico y en el cardiovascular. Las personas con más afecto positivo practican también más conductas saludables como los buenos hábitos de alimentación o la práctica de ejercicio físico. El afecto positivo facilitarían la creación de una red social de apoyo, que se asocia a mayor supervivencia y a un mejor funcionamiento inmunológico. Además, sentir habitualmente emociones positivas influiría en la susceptibilidad a enfermar a través de la actividad del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Generalmente disminuye la presión arterial, la tasa cardiaca, los niveles de epinefrina y norepinefrina y de cortisol. Por último, y de forma hipotética, el afecto positivo podría influir en los niveles de opiáceos endógenos a través de conductas como el ejercicio o de la activación emocional general y ello contribuiría a disminuir la actividad autonómica y endocrina⁴¹.

En el segundo modelo, indirecto, explica el afecto positivo como un amortiguador del estrés, donde influye en la salud a través de un mejor afrontamiento de los acontecimientos estresantes. Las emociones positivas dotarían a las personas de recursos que facilitarían el afrontamiento y la adaptación. Aquellas con un mayor afecto positivo experimentarían, por una parte, menos conflictos interpersonales; y cuando tuvieran que enfrentarse a factores potencialmente estresantes, el apoyo social del que gozan disminuiría el daño que podría causarles y les ayudaría a sentirse capaces

de afrontarlo⁴². Además, tal y como se ha mostrado en algunos estudios, las emociones positivas les ayudarían a recuperarse de la activación fisiológica propia de una respuesta de estrés.

Sin abandonar la perspectiva *eudaimónica* del bienestar, también hay artículos en los que se muestran relaciones entre las capacidades psicológicas y el bienestar, con la salud. De hecho, hay alguna evidencia de que el bienestar *eudaimónico* podría estar más ligado con la salud física que el *hedónico*, tal vez porque ayuda a las personas a adaptarse a las demandas del entorno más allá de las satisfacciones inmediatas⁴². A modo de ejemplo y dentro de investigaciones sobre bienestar y salud comentaremos tres trabajos acerca de estas cuestiones:

En el primero de ellos, Ryff et al.⁴³ valoraron a 135 mujeres con edades comprendidas entre los 61 y los 91 años, con pensiones medias y cuya educación promedio era ligeramente superior a la adquirida en el instituto (enseñanza secundaria). Además de las escalas de bienestar *eudaimónico* y de afecto positivo, se tomaron diversas medidas de los sistemas cardiovascular, inmunológico y neuroendocrino, junto con registros de sueño. Las mujeres con niveles altos de propósito en la vida y sentimientos de crecimiento personal tenían menores niveles de cortisol durante el día. Por otro lado, el fijarse metas vitales (propósito en la vida) se asociaba con niveles menores de respuesta inflamatoria (en concreto cifras más reducidas del receptor soluble IL 6). Las dimensiones del bienestar psicológico relativas al crecimiento personal, las relaciones interpersonales y el propósito en la vida también se relacionaron con marcadores cardiovasculares. En concreto se asociaban positivamente con los niveles de colesterol HDL ("colesterol bueno"), menores ratios cintura-cadera, menor peso y menores valores de hemoglobina glicosilada⁴³. Con respecto al sueño, encontraron que las mujeres con mayor sensación de dominio del entorno dormían más y su periodo de sueño REM era más

amplio. Por otra parte, aquéllas con más autonomía personal, tenían también mayores tasas de noradrenalina. Eso les llevó a plantearse, como conclusión, la necesidad de investigar qué niveles son dañinos para la salud y cuáles son reflejo de un funcionamiento saludable. En contraposición con los datos anteriormente expuestos, los resultados sobre el bienestar *hedónico*, sólo encontraron una relación positiva entre el afecto positivo y el HDL⁴³.

En el segundo trabajo⁴⁴, una serie de más de mil ancianos norteamericanos participaron en una investigación que tomaba en cuenta el apoyo emocional y la ayuda material que habían dado y recibido en los últimos tres meses, su nivel de discapacidad y su grado de salud. Encontraron que el apoyo social que ellos proporcionaban (no así el que recibían) era proporcional a una menor morbilidad, incluso cuando controlaron variables demográficas y la posibilidad y oportunidades de dar apoyo (a través de la red social que tenían y de las limitaciones de capacidad).

El último de estos estudios consistió en la realización de un seguimiento de 4989 estudiantes que ingresaron en la Universidad de Carolina del Norte entre los años 1964 y 1966 (la mayoría de ellos hombres) y, que entonces, habían completado el inventario *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI)⁴⁵. A partir de las puntuaciones obtenidas en la escala de Optimismo-Pesimismo (PSM) derivada de dicho cuestionario, cuarenta años después encontraron que, ajustando los datos sólo en función del sexo y analizando los registros de mortalidad por todas las causas, el estilo (optimista-pesimista) era un dato significativo para predecir la supervivencia, de forma que aquellos más optimistas eran más longevos.

Como resumen de todo ello, un reciente artículo⁴⁶ ha realizado una amplia revisión sobre las investigaciones y trabajos contenidos en meta-análisis acerca del bienestar y la salud. Se han incluido conceptos de bienestar, sobre todo *hedónico* pero también *eudaimónico*, e investigaciones longitudinales de larga duración donde se manipulan experimentalmente las emociones y donde el bienestar de las personas y los cambios en el mismo se relacionan con diversas variables fisiológicas. Los firmantes de dicho análisis concluyen que un nivel elevado de bienestar subjetivo produce mejor salud y mayor esperanza de vida. No obstante, las emociones positivas excesivamente intensas (por ejemplo en los estados hipomaniacos) podrían ser perjudiciales para la salud física; por debajo de ese umbral marcado por la "hipomanía", parece haber una relación dosis respuesta entre el afecto positivo (en un rango que va desde la depresión clínica hasta los niveles moderados de bienestar subjetivo) y la salud. También en varios estudios prospectivos con población normal y después de controlar tanto el nivel de salud previo como el nivel socioeconómico, se ha podido observar que diversos tipos de bienestar subjetivo y el afecto positivo, predicen la salud física y la longevidad. Aunque entre los meta-análisis valorados hallamos algunos en los que el bienestar subjetivo claramente mejora la evolución de algunas enfermedades en particular, las consecuencias positivas del afecto positivo en la salud, no parecen suficientes para impactar en la evolución de determinados trastornos. En resumen, las emociones positivas podrían tener correlatos fisiológicos específicos (no simplemente los opuestos al afecto negativo) que influirían en la salud.

A continuación, y como expusimos con anterioridad, nos centraremos en *la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica* (en este caso con la PB). Los cinco artículos que se describirán a continuación se centrarán, por tanto, más en la idea más tradicional del concepto "calidad de vida", puesto que hasta la fecha, no abundan los

trabajos que aborden el bienestar psicológico en el sentido que se ha explicado anteriormente. Por tanto, la mayoría investiga las dificultades y problemas emocionales de los pacientes con parálisis facial, más que los aspectos preservados o las potencialidades.

La dificultad para expresar gestualmente las emociones primarias, como ocurre en el caso de la parálisis facial, compromete las habilidades de comunicación y esto quizás ocurre en una mayor proporción de la que consideran los profesionales sanitarios que atienden a estos enfermos. De tal forma, las secuelas a largo plazo de la parálisis facial podrían ser infraestimadas por los clínicos⁴⁷. En efecto, parece que no siempre concuerdan las apreciaciones de los profesionales con las de los propios pacientes y las de sus figuras significativas, acerca del estado de éstos tras haber sufrido parálisis del nervio facial.

Coulson et al.⁴⁸ publicaron un estudio en 2004 en el que analizaron las dificultades para expresar emociones básicas de los pacientes que habían tenido una parálisis del nervio facial. En dicho estudio participaron 24 sujetos con parálisis unilateral del nervio facial y una persona significativa de cada uno de ellos. Los participantes estimaron su habilidad para comunicar las seis emociones primarias definidas por Ekman (alegría, sorpresa, ira, tristeza, miedo y asco), siendo igualmente valorados por los parientes y amigos que habían elegido. Así mismo, se evaluó su capacidad de expresión facial mediante diversos métodos objetivos y se solicitó que completasen varias escalas que miden la calidad de vida y la discapacidad (en concreto las SF-36, GDI y FDI). Las personas que se consideraron capaces de expresar facialmente todas las emociones, fueron clasificadas como *efectivas* y obtuvieron una puntuación superior para el componente mental que para el físico en el SF-36. Las que se consideraron incapaces de expresar una o más emociones (clasificadas como *no efectivas*) mostraron el perfil inverso. Además, destacan en los resultados de este trabajo las

menores puntuaciones de los *no efectivos* en las categorías de funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Las personas significativas de estos pacientes (de los *no efectivos*) consideraban más difícil entender cada una de las seis emociones expresadas por sus familiares o amigos que el grupo de los familiares de pacientes *efectivos*. El sistema Sunnybrook diferenció de una forma objetiva a los pacientes *efectivos* de los que no lo eran⁴⁸. En estos últimos se encontraron más sincinesias faciales cuando mostraban alegría y menos movimientos faciales voluntarios al tratar de manifestar gestualmente alegría y sorpresa. Las sincinesias habitualmente afectaban a los músculos orbiculares de los ojos y el cigomático, que son los implicados en la expresión de la alegría. Cuando se preguntó a los pacientes acerca de cuáles eran para ellos las causas de sus dificultades de expresión, las respuestas más frecuentes eran las relacionadas con la disminución del movimiento de determinadas partes faciales, seguidas de las sincinesias, el desagrado con la apariencia de su rostro y la asimetría.

En otra investigación que trataba de analizar la calidad de vida y la depresión en los enfermos con espasmo hemifacial⁴⁹ determinó, a partir de una muestra de 57 individuos adultos, que la calidad de vida de éstos era menor y los índices de depresión eran mayores cuanto más grave era el trastorno (determinado por los profesionales mediante un protocolo y a través de la medición de la tasa de espasmos). También los pacientes experimentaban las mismas alteraciones cuando los trastornos sobre la musculatura del lado afectado eran generalizados y cuando la respuesta al tratamiento, valorada por los propios pacientes, era peor. La calidad de vida se midió mediante las respuestas de los pacientes a una escala genérica y no validada; mientras que la depresión se estimó con el conocido test de Hamilton⁴⁹.

Van Swearingen et al.⁵⁰ estudiaron el ajuste psicológico de 48 pacientes mayores de edad con disfunciones motoras en el rostro, crónicas o agudas. La mayoría de ellos había sido diagnosticado o bien de una PB (20 sujetos), o bien de un tumor (16 personas). Los síntomas de ansiedad y depresión moderaban la relación entre la disfunción motora y la discapacidad física, de tal forma que ante una disfunción de gravedad similar, las personas con mayor malestar psicológico padecían también una mayor discapacidad física. Además, según los resultados encontrados, el malestar psicológico mediaba la relación entre disfunción motora en el rostro y dificultades o discapacidad en el terreno social. Por otra parte, la sintomatología ansiosa y depresiva era muy superior a la que cabría encontrarse utilizando una muestra de población general.

En otro trabajo posterior⁵¹, 29 adultos con trastornos en el nervio facial de diversas etiologías (PB, extirpación de un tumor del nervio facial o de la base del cráneo, etc.) y una dificultad moderada para sonreír y para realizar funciones motoras con el rostro, completaron diversos cuestionarios con medidas psicológicas. Sus déficits físicos faciales fueron valorados también con medidas objetivas⁵¹. Los investigadores encontraron que eran los déficits en la capacidad para sonreír y la discapacidad física (medida con el autoinforme FDI), los predictores clave de la depresión, y no el déficit motor global en el rostro. De igual forma, la dificultad para sonreír contribuía a la predicción de la depresión y la ansiedad, independientemente del déficit global en la movilidad facial y la discapacidad física global.

En una serie más reciente con sujetos que padecían trastornos motores unilaterales en el rostro⁵², se trató de examinar el papel del afecto positivo en los avances en el movimiento. Los autores exploraron a 33 pacientes (más de la mitad de ellos con PB) y observaron que ante la demanda de sonreír como lo harían habitualmente, la presencia de la

“sonrisa de Duchenne” se asociaba con una menor asimetría en el movimiento de la comisura de los labios varios meses después. Los investigadores tomaron esta “sonrisa de Duchenne”, que incluye el movimiento del músculo orbital ocular mientras se sonríe, como un indicador válido y fiable del afecto positivo, el cual se ha vinculado con la salud física y mental. De este modo concluyeron que el afecto positivo predecía una mejoría en el tiempo en el movimiento de la comisura de los labios.

Por último, en un población colombiana con PB⁵³ (utilizando la escala SF-36) se han encontrado mayores limitaciones en la vida cotidiana debido a la salud física, así como mayor interferencia en actividades sociales que en controles sanos. Esas dificultades estaban relacionadas con la severidad de la parálisis y no con la edad, el género o el tiempo de evolución⁵³.

3.3.- IMAGEN CORPORAL Y OTROS ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN PERSONAS DESFIGURADAS

La asimetría fluctuante es un concepto que hace referencia a la desviación en la simetría esperable de un rasgo morfológico bilateral. Diversos autores señalan que esta asimetría se manifiesta al existir una alteración en la expresión fenotípica de un programa de desarrollo, debido a causas genéticas o ambientales^{54,55}. Así, la dificultad de un organismo para implantar un programa de desarrollo cuando es desafiado por “estresores”, llevaría a pequeñas desviaciones en la simetría bilateral⁵⁵. Puesto que dicha simetría bilateral está relacionada positivamente con la diversidad genética, la simetría facial podría ser un signo de la misma y de la resistencia a agentes extraños⁵⁴. Se ha postulado que la simetría facial podría ser una señal de la habilidad de los individuos para afrontar los obstáculos del entorno⁵⁶. Todo ello explicaría, por razones evolutivas, el hecho de que las personas juzguen como más atractivos los rostros

simétricos⁵⁷. Esto se ha visto en investigaciones de campo realizados en desfiguraciones faciales sobre: la actitud de estudiantes universitarios ante las mismas, tendencias de evitación o rechazo en diversas situaciones y modificación de las reglas de intercambio y de las relaciones sociales. Vamos a exponer las publicaciones que sustentan estos hechos por separado y con algo más de detalle.

En efecto, se ha analizado en estudiantes universitarios que la asimetría facial se asoció negativamente con los calificativos de "atractivo y *sexy*" en hombres y mujeres y también de forma inversa con "sanos" en el caso de rostros de varones⁵⁴. Las fotografías faciales eran juzgadas por personas del sexo opuesto⁵⁴. En otro estudio⁵⁵ realizado con dos muestras de alumnos, aquellos con más asimetría referían más síntomas psicológicos y una mayor proporción de problemas somáticos. En una de las muestras, los participantes "más asimétricos" fueron juzgados por otras personas como menos sanos, en base a la visualización de fotografías. Más recientemente, se ha encontrado una relación leve pero significativa y positiva entre la simetría facial y la extroversión autoinformada⁵⁸. Es decir, las personas con el rostro más simétrico, tendían a considerarse sociables y vinculadas con la gente. En un último experimento psicológico realizado también en el ámbito universitario⁵⁶, los investigadores pidieron a educandos de ambos sexos que juzgaran diversas fotografías de mujeres, que variaban en cuanto a simetría facial. Las personas del sexo femenino con rostros más simétricos, fueron también en esta ocasión calificadas como más atractivas, más sanas y se las describió con algunos otros rasgos personales como sociables, animadas, inteligentes, seguras de sí mismas y equilibradas. Al mismo tiempo, a las chicas con baja simetría se las calificó como más ansiosas. Esto es relevante en el ámbito de la parálisis facial, en la que la asimetría es uno de los síntomas.

Los estudios acerca de personas con desfiguraciones faciales (no sólo de una intensidad grave) son consistentes en indicar las dificultades de interacción social que experimentan ante las miradas y comentarios de los otros. Son varios los artículos⁵⁹⁻⁶⁴ que muestran actitudes de evitación o rechazo ante personas con desfiguración facial tal y como se infiere a partir de que los entrevistadores de selección de personal muestran una visión negativa de las capacidades que tienen estos trabajadores para desarrollar sus tareas; los peatones tienden a situarse más lejos de las individuos desfigurados cuando están esperando para cruzar una calle; la población gasta menos tiempo y entrega menos dinero a sujetos que dedicados a obras de caridad si están desfiguradas; los profesores tienen expectativas académicas más bajas de los alumnos desfigurados⁵⁹⁻⁶³; y los viajeros de metro evitan sentarse al lado de compañeros de viaje con hemangiomas planos en el rostro⁶⁴.

Cuando se juzga un rostro como alejado de los patrones de la normalidad, la desfiguración fuerza una modificación en las reglas de intercambio y de las relaciones sociales. Las normas que rigen las interpretaciones de la comunicación gestual pueden volverse confusas y ambiguas. Y en ausencia de reglas, las personas intentan dotar de sentido a la comunicación ayudándose de estereotipos⁶³. Robinson et al.^{65,66} refieren varias razones que pudiesen estar detrás de un comportamiento negativo hacia los sujetos con defectos. Una de ellas aludiría al intento por parte de los observadores de mantener la creencia de "un mundo justo". De ese modo, se tendería a asumir que las desfiguraciones podrían ser las merecidas consecuencias de alguna acción negativa o poco prudente realizada por los enfermos⁶⁷. Otros individuos podrían evitar el contacto debido al temor a que se deba a una enfermedad contagiosa⁶⁷ o por desconocer cómo actuar con las personas afectadas⁶⁹.

Por último vamos a definir algunos conceptos acerca de lo que entienden por imagen corporal diversos autores junto con los resultados comunicados sobre los posibles factores (de autopercepción, variables físicas o demográficas), que pueden influir en los mecanismos de adaptación ante una deformidad física, sobre todo en el territorio facial.

La imagen corporal ya fue definida por Schilder en 1935^{70 71} como la imagen que tiene nuestra mente de nuestro propio cuerpo. Posteriormente, y ya en los años 90, Thompson^{72,73} propuso que la imagen corporal estaba formada por un componente perceptual y por un componente cognitivo-afectivo en el que se incluiría la satisfacción con el cuerpo, las actitudes y cogniciones relacionadas y un componente conductual (que englobaría, por ejemplo, comportamientos de ocultación). El constructo de imagen corporal se considera que forma parte del denominado autoconcepto⁷⁴. Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en una alteración cognitiva y afectiva, a través de sentimientos negativos suscitados por el propio cuerpo, o de una distorsión de la imagen corporal, con una estimación de la forma o tamaño del cuerpo poco exacta^{75,76}.

Parece lógico que las personas para las que la apariencia forma una parte central y muy relevante de su autoconcepto (entendido como la percepción que tenemos de nosotros mismos), tengan una peor adaptación a las desfiguraciones⁷⁷. Conjuntamente, se sabe que en la población general existe una relación muy estrecha entre la apariencia y el autoconcepto⁷⁸ y varios autores han encontrado la interdependencia de ambos en personas con diferencias físicas visibles^{79,80}.

Los trabajos realizados con personas que padecen alguna desfiguración en su cuerpo, indican que la insatisfacción con la imagen corporal es una variable muy relevante para el ajuste emocional. Tras el

daño provocado por quemaduras, cuanto mayor es la insatisfacción en esa área, menor es la calidad de vida valorada dos meses después^{81,82}. Una investigación con mujeres afectadas de esclerodermia⁸² mostraba que estas pacientes tenían una imagen corporal más afectada que las de las personas que habían sufrido quemaduras graves. Las chicas jóvenes y con una mayor discapacidad producida por dichas lesiones, tenían peor imagen corporal. Además, los síntomas depresivos mediaban la relación entre la insatisfacción corporal y el funcionamiento psicosocial. Sin embargo, parece haber una gran heterogeneidad en cuanto a la afectación de la imagen corporal tras sufrir condiciones médicas que modifican la apariencia.

Partridge^{83,84} propuso un modelo en el que la autoimagen y la conducta de las personas con desfiguración facial influían a su vez en las reacciones de los otros. Destacaba el papel que tiene la persona desfigurada en los encuentros interpersonales. De esa forma, la imagen que tiene el sujeto de sí mismo, afecta a las reacciones que tienen los demás hacia él, lo que a su vez puede desembocar en conductas de timidez o de agresividad (que influirán en su autoimagen) o en sentimientos de vulnerabilidad que pueden desembocar en la evitación de las situaciones. En una línea similar, Kent⁸⁵ propone que la ansiedad por la apariencia provendría del estigma percibido debido a las normas sociales. Cuando aparece un "suceso disparador", como por ejemplo, ser invitado a un evento social, la ansiedad aumentaría y llevaría a emplear dos formas básicas de afrontamiento: la evitación o la ocultación del defecto. Aunque a corto plazo pueden ser efectivas, estas estrategias servirían para fortalecer la ansiedad social.

Respecto a las reacciones de las personas con desfiguraciones visibles, son muy comunes la ansiedad y los comportamientos evitativos más o menos sutiles, incluso con personas significativas. Otras personas reaccionan con síntomas depresivos, aunque en menor medida, a juzgar

por las investigaciones. Por otra parte, una autoestima dañada (entendida como la valoración que hacemos sobre nosotros mismos) es otra de las consecuencias que se citan habitualmente⁶⁶. Sin embargo, no todas las personas tienen dificultades para adaptarse a los defectos físicos visibles, tal y como muestran algunos estudios donde no se han encontrado problemas en relación a la valoración sobre el cuerpo⁸⁶. Además, la gravedad de la desfiguración no predice el desajuste emocional. La autoestima, sería según algunos estudios^{66,87}, una variable importante, pues podría actuar de mediador entre la desfiguración y el ajuste psicológico. Por ejemplo, en un grupo de pacientes con vitíligo, el mejor factor predictivo de dificultades a nivel sexual era precisamente la baja autoestima⁸⁷, y la mayoría de ellos atribuía esas dificultades a sentimientos de vergüenza. Las personas con baja autoestima serían especialmente sensibles a la posibilidad de rechazo social.

Respecto a las características demográficas de los afectados por alguna desfiguración, parece que las personas más jóvenes podrían tener una mayor afectación emocional^{66,82}. Existe cierta evidencia de un peor ajuste en las mujeres, que no se ha encontrado en todos los estudios. El apoyo social parece estar notoriamente relacionado con una mejor adaptación^{66,88}.

Algunos de los mecanismos de afrontamiento utilizados por las personas con desfiguraciones pueden ser poco beneficiosos. Por ejemplo, compararse con otras personas en peor situación parece ser efectivo sólo a corto plazo⁸⁹, al menos en el ámbito de las enfermedades crónicas. Mientras que exhibir buenas habilidades sociales se relaciona con un buen ajuste, y puede considerarse un amortiguador del impacto social de las desfiguraciones, el malestar que sufren muchos de estos pacientes viene explicado por los intentos que realizan para ocultarse y evitar situaciones⁶⁵.

En un trabajo⁹⁰ se compararon las puntuaciones en el "Cuestionario de Miedos" de pacientes con fobia social, agorafobia y personas con una desfiguración facial que puntuaban alto en dicho cuestionario. Las personas con fobia social y con desfiguración facial no mostraban diferencias significativas en las subescalas de *fobia social*, *agorafobia* ni *ansiedad-depresión*. Sin embargo, sí puntuaban más alto en *fobia social* que las personas con agorafobia y más bajo que éstas en *agorafobia*. Como se aprecia en este trabajo, la evitación y el malestar social son aspectos clave del sufrimiento de las personas desfiguradas.

Otro estudio en el que también se perciben estas dificultades fue llevado a cabo con más de 400 pacientes con diferentes tipos de desfiguraciones (por quemaduras, problemas de piel, enfermedades reumáticas...). Los autores⁸⁸ encontraron, igual que en otros trabajos⁶⁶, que el ajuste emocional no estaba directamente relacionado con la gravedad de la desfiguración. Una considerable proporción de enfermos mostró puntuaciones elevadas en ansiedad y depresión. Las mujeres y los individuos que referían evitar ciertas actividades por su apariencia, obtuvieron mayores puntuaciones en depresión, mientras que el hecho de estar trabajando se relacionaba con menos síntomas. En la "Escala de Apariencia de Derriford" el conjunto de individuos evaluados también mostró puntuaciones poco homogéneas. Las personas pertenecientes al sexo femenino obtuvieron puntuaciones más altas y los participantes que evitaban situaciones, igual que en el caso de la depresión, también puntuaron más alto en ansiedad social. En conjunto, el total de la serie obtuvo puntuaciones normales en la escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF) aunque el 50% de los pacientes se situaba por debajo de los valores normativos en el aspecto psicológico. Más de la mitad de los sujetos tendía a evitar diversas situaciones por su apariencia y un 70% de ellos expresó el deseo de un apoyo profesional para ayudarles con sus preocupaciones acerca del aspecto físico.

En la misma línea que los resultados previos se encuentran las conclusiones de otros autores⁹¹ que indagaron acerca de las consecuencias de la desfiguración en adultos enfermos de cáncer de cabeza y cuello. Existía relación entre la desfiguración facial valorada por el clínico y el paciente y el sufrimiento psicológico, pero sólo cuando los pacientes poseían una autoeficacia social baja. Esta variable (la autoeficacia) hacía referencia a la percepción de los individuos acerca de su propia capacidad para ejercer control sobre las reacciones de los otros. Del mismo modo, encontraron que cuando las personas puntuaban alto en esa variable, tendían a experimentar menos reacciones negativas ante las conductas negativas de los otros, independientemente del grado de desfiguración. Se halló una asociación positiva entre la desfiguración y el aislamiento social, pero sólo en las personas con una percepción de autoeficacia social relativamente baja. Las personas tienden a evitar las situaciones que consideran que exceden sus capacidades. Por tanto, en la medida que se perciben hábiles para manejarse en las relaciones sociales, tienden a afrontarlas pese a las desfiguraciones. Así mismo, se apreciaba una correlación moderada entre la gravedad valorada por el clínico y por los pacientes.

Resumiendo, a la vista de las variables que se han destacado para entender las dificultades de los pacientes, y tal y como afirman Thompson y Kent⁶⁶, la forma en que las personas piensan acerca de sí mismas y cómo interpretan las diversas situaciones parece influir más en la adaptación de las personas con desfiguraciones que las características demográficas o las variables físicas.

IV.- MATERIAL Y MÉTODOS

IV.- MATERIAL Y MÉTODOS

4.1.-MATERIAL CLÍNICO

4.1.1.- PARTICIPANTES

En este estudio longitudinal prospectivo, la muestra clínica constó de 46 pacientes adultos pertenecientes al Servicio de Otorrinolaringología (Unidad de Otoneurología) del Hospital Universitario La Paz (Madrid) que habían recibido el diagnóstico de parálisis de Bell. Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes:

1. El inicio de la parálisis facial se había producido entre 72 horas y dos semanas antes de su valoración.
2. Contaban con las capacidades cognitivas necesarias para completar de forma auto o heteroaplicada al menos cuatro de las escalas utilizadas.
3. Accedieron voluntariamente a participar en el estudio, firmando un consentimiento informado aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital La Paz.

Por otro lado se excluyeron a los siguientes pacientes:

1. Aquellos que en base a los exámenes y pruebas médicas realizadas a lo largo de las revisiones, finalmente recibieron otro diagnóstico distinto de la parálisis de Bell (por ejemplo, parálisis por herpes zoster y procesos tumorales).
2. Los que refirieron padecer previamente a la parálisis un trastorno mental grave o que dentro de los criterios diagnósticos incluyera la presencia de alteraciones en la imagen corporal.

Por otro lado, participaron un grupo de 53 personas de la población general que fueron seleccionadas incidentalmente y no estaban aquejadas de parálisis facial. Lo denominaremos "grupo control" con fines aclaratorios, aún sabiendo que no forman un grupo control propiamente dicho.

4.1.2.- EVALUACIÓN MÉDICA E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

a) Evaluación médica

Los dos especialistas que atendieron a los pacientes utilizaron el protocolo de consulta para la parálisis facial utilizado en la Unidad de Otoneurología (ver anexo I). En la evaluación usaron un otoscopio de pared *Welch Allyn*. El test de estimulación máxima, MST (*Maximal Stimulation Test*), se llevó a cabo con el estimulador *Hilger Facial Nerve Stimulator Model U₃* y la audiometría con el audímetro GSI 16.

El Perfil de Recuperación de Parálisis Facial (FPRP) se obtuvo según el procedimiento de Adour y Swanson⁹², sumando los puntos asignados a la zona frontal, de los ojos y de la boca, en función de la capacidad de movimiento y de la zona facial que se trate. La mínima puntuación total es 0 y la máxima 10.

b) Evaluación psicológica

En el estudio se han tenido en cuenta las siguientes variables:

- **Variables sociodemográficas:** edad, sexo, profesión y situación laboral, nivel de estudios y estado civil recogidas a través de un cuestionario breve de factores biográficos.

- **Calidad de vida.** Se evaluó a través de la versión 2 de la escala SF-36 (SF-36 V2), validada y adaptada al español⁹³. En ella se valoran diversos

aspectos relacionados con la salud desde la perspectiva del individuo. Tiene en cuenta el mes anterior al que se completa, y la persona contesta eligiendo entre 3 y 5 respuestas, en función de la pregunta. Las dimensiones que contempla son las siguientes:

Función Física (10 ítems): limitación a la hora de realizar actividades físicas tales como bañarse o caminar debido a la salud.

Rol físico (4 ítems): interferencia en el trabajo u otras actividades diarias por la salud física.

Dolor corporal (2 ítems): intensidad de dolor que siente y limitaciones debidas a él.

Salud general (5 ítems): cómo valora su salud.

Vitalidad (4 ítems): si se siente fatigado o con energía.

Función social (2 ítems): interferencia de la salud física o emocional la actividad social.

Rol emocional (3 ítems): interferencia en el trabajo u otras actividades diarias por problemas emocionales.

Salud mental (5 ítems): sentimientos de bienestar o de angustia.

Los **Componentes Físico** y **Mental** son un resumen las puntuaciones del cuestionario de calidad de vida. Se calcula estandarizando primero los resultados de las otras escalas utilizando los datos de la población general. Como en la versión 2 no se dispone de normas poblacionales españolas para las escalas de Rol (físico y emocional), las puntuaciones sumario, se han obtenido con pesos y normas de los EE. UU.

Cuanto mayor es la puntuación obtenida en las subescalas el estado de salud es mejor. La puntuación 0 representa el peor estado en una dimensión y 100 el mejor estado.

- **Disforia relacionada con la imagen corporal.** Valorada mediante la versión en castellano de la escala SIBID-S de Cash^{94, 95}. Consta de 20 ítems que evalúan la frecuencia con la que la persona ha experimentado

estados emocionales negativos en relación a la imagen corporal en diversas situaciones, sobre una escala de 5 puntos (0= nunca, 1= algunas veces, 2= moderadamente frecuente, 3= frecuentemente, 4= siempre o casi siempre).

- **Bienestar psicológico.** Se evaluó a través de la Escala de Bienestar Psicológico (SWB, Ryff, 1995)⁹⁶ versión reducida de Díaz *et al*⁹⁷. Está constituida por 20 ítems tipo Likert de 6 puntos donde 1 corresponde a "Totalmente de acuerdo" y 6 a "Totalmente en desacuerdo". Siguiendo el modelo descrito por Riff, valora las siguientes variables: Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento personal.

- **Autovaloración subjetiva** (por parte del paciente) **de la gravedad de la parálisis facial:** evaluada mediante una escala de seis puntos, donde 1 significa que no hay parálisis y 6, que hay una parálisis total.

- **Valoración subjetiva de la vida en general** a través de una escala analógica visual de 7 puntos en la que la persona señala su grado de satisfacción con la vida, desde 1 (terrible) a 7 (muy satisfecho) Corresponde al primer ítem de la *Quality of Life Interview (Short Version)* de Lehman (1993)⁹⁸.

- Estar en tratamiento por **problemas psiquiátricos o emocionales.** Se preguntaba explícitamente al paciente en el cuestionario de factores biográficos, y en caso de contestar afirmativamente, se le pedía que especificara qué trastorno padecía.

4.2.- MÉTODOS CLÍNICOS

Los pacientes fueron valorados médicamente por dos especialistas en Otorrinolaringología. Asimismo una enfermera de la unidad, les realizó la audiometría.

En la primera cita con el médico, éste les explicaba la posibilidad de colaborar en la investigación, les mostraba el consentimiento informado, y si estaban de acuerdo en participar, tras esa misma cita o en la siguiente, realizaban la evaluación psicométrica acompañados de una psicóloga clínica. Se cumplimentaban los datos biográficos y la valoración subjetiva de la vida. Sólo en la primera evaluación se señalaba que en esta valoración global de su vida no tuvieran en cuenta la parálisis facial. Después completaban el resto de las escalas de forma preferentemente heteroaplicada, de manera que se comprobaba la comprensión de la tarea y se aclaraban las dudas que iban surgiendo.

En la revisión médica realizada después de tres meses, eran evaluados de nuevo con las mismas escalas a excepción de la Escala de Bienestar Psicológico. Y pasados un mínimo de 6 meses, bien en una nueva revisión, o bien telefónicamente, se volvía a contactar con los pacientes para realizar la última valoración, con las mismas escalas que al inicio. Asimismo, se comprobaban los datos clínicos actualizados del paciente en el momento de realizar la segunda y tercera evaluación psicológica.

4.3.- MATERIAL Y MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS-13. Se ha optado por la utilización de métodos no paramétricos cuando no se cumplían los supuestos necesarios para el uso de técnicas paramétricas.

En el análisis de la fiabilidad de las escalas se ha utilizado el *coeficiente α de Cronbach*. Para estudiar la homogeneidad entre los casos y los controles, se utilizaron las pruebas Chi-Cuadrado para las variables nominales (sexo, estado civil y situación laboral) y U de Mann Whitney para las ordinales y cuantitativas (nivel de estudios y edad).

La prueba de Kruskal-Wallis se ha usado para valorar las diferencias en distintas variables cuantitativas entre más de dos muestras independientes. Por ejemplo, para evaluar si los participantes diferían en las variables de bienestar, calidad de vida y disforia corporal en función de su situación laboral.

Para analizar las diferencias entre dos muestras independientes en variables cuantitativas se ha empleado la prueba de Mann-Whitney. Ese ha sido el caso cuando se trataban de buscar diferencias en función del sexo, en función de si las pacientes estaban o no en proceso gestacional, o de la pertenencia al grupo control o al de parálisis facial.

La prueba F de Friedman se ha utilizado para analizar las diferencias en distintas variables cuantitativas entre varias muestras relacionadas. Por ejemplo, al analizar si existían diferencias entre las variables en función del momento de medida (en la evaluación inicial, a los tres meses y pasados seis meses). La prueba de Wilcoxon se ha usado con el mismo fin, cuando se comparaban dos muestras relacionadas. Se puede citar el caso del contraste de las puntuaciones iniciales y las obtenidas pasados más de seis meses.

Cuando se cumplían los supuestos precisos, se utilizó el ANOVA de medidas repetidas para analizar la evolución las puntuaciones a lo largo del

tiempo; y se ha recurrido a las comparaciones por pares para distinguir en qué momentos existían diferencias.

Se ha determinado la existencia de relación lineal a través del coeficiente de correlación de Pearson para las variables cuantitativas, y del coeficiente de correlación rho de Spearman para las ordinales o para las cuantitativas donde se incumpliera el supuesto de normalidad. La correlación parcial se ha utilizado para averiguar la relación entre dos variables después de eliminar el efecto atribuible a otra variable; por ejemplo, para valorar la relación entre Función Social controlando estadísticamente las puntuaciones en Salud Mental.

Para verificar la existencia de diferencias entre dos grupos eliminando la interferencia de otra variable, se ha utilizado el análisis de covarianza (por ejemplo, al ver si existían diferencias en función del sexo en distintas variables controlando el efecto de la edad). Este análisis se realizó también tomando al nivel de estudios como covariable.

La regresión lineal múltiple con el procedimiento de selección de variables por pasos sucesivos, se ha utilizado predecir los valores de las distintas dimensiones de la calidad de vida a los tres y a los seis meses a partir de los valores de otras variables. Se han incluido como posibles variables predictoras a las puntuaciones en la misma dimensión que la variable criterio pero en la valoración inicial, y a la dimensión de bienestar psicológico o subjetivo (también obtenido en la evaluación inicial) que presentara mayor correlación lineal con la variable dependiente.

Se ha considerado un nivel de significación de $\alpha \leq 0,05$, Sin embargo, cuando no se cumplía ese criterio pero $\alpha < 0,09$ se han resaltado los datos en cursiva, aludiendo a una posible tendencia de las puntuaciones hacia una dirección.

V.- RESULTADOS

V.- RESULTADOS

5.1.- FIABILIDAD DE LAS ESCALAS UTILIZADAS

Antes de proceder en sí a la exposición de los resultados de la presente tesis doctoral, analizaremos la fiabilidad de nuestras escalas en nuestra serie en concreto. Para ello, como se ha comentado en el apartado de MATERIAL Y MÉTODOS se han utilizado los *coeficientes* α de Cronbach en los tres cuestionarios empleados: el SF-36 V2, la escala SIBID-S y la de Bienestar Psicológico.

En el SF-36 V2 los *coeficientes* α de Cronbach son adecuados para todas las subescalas del test: 0,868 para Función Física; 0,924 para el Rol Físico; 0,709 para el Dolor Corporal; 0,816 para la Salud General; 0,768 para la Vitalidad; 0,82 para la Función Social; y 0,784 para la Salud Mental.

En cuanto a la escala SIBID-S los *coeficientes* α de Cronbach en el momento de la primera evaluación resultaron ser de 0,946. Eliminando los dos ítems que hacen mayor referencia al peso (ítems 9 y 11), la consistencia interna que teníamos en nuestra serie era muy similar a la obtenida contando con ellos y se mantenía a lo largo del tiempo que duraba nuestro estudio (0,943).

Con respecto a la escala de Bienestar Psicológico, se han obtenido coeficientes de consistencia interna muy variables. Así, y a pesar de que originalmente no se obtiene una puntuación global, en la escala global de Bienestar la puntuación es de 0,858; de 0,695 en Autoaceptación; de 0,803 en Relaciones positivas; de 0,573 en Autonomía; de 0,436 en Dominio; de 0,72 en Propósito; y de 0,577 en Crecimiento. Como por debajo de 0,700 se considera que la fiabilidad es baja, en esta investigación no se utilizaron las subescalas con *coeficientes* α inferiores a 0,695.

5.2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

Con los criterios mencionados previamente pudieron ser incluidos 46 pacientes con PB (21 hombres -45,7%- y 25 mujeres -54,3%-), con una edad media de 43,4 años (desviación típica: 18,4 años). Su rango de edad fue entre los 18 y 79 años. El 21,7% procedía de Latinoamérica, si bien llevaba varios años residiendo en España. En el grupo de enfermos, la parálisis se produjo en el lado derecho del rostro en el 50% de las personas (23 pacientes). En el resto, el lado afectado fue el izquierdo. El 43,5% de los enfermos afirmó que el comienzo de la parálisis había sido repentino (20 individuos). Los factores predisponentes de PB encontrados en nuestra serie se detallan en la **Tabla 5.1.**

FACTORES PREDISPONENTES	% DE PACIENTES	N
PARÁLISIS FACIAL PREVIA	13,0%	6
DIABETES	6,5%	3
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	13,0%	6
INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS	2,2 %	1
EXPOSICIÓN AL FRÍO	8,7%	4
GESTANTE	8,7%	4
SITUACIÓN DE ESTRÉS	17,4%	8
PUERPERIO	2,2%	1

Tabla 5.1. Factores predisponentes en los enfermos de nuestra serie.

En cuanto a los síntomas asociados, algo más de la mitad de los pacientes (26 sujetos – 56,5%) experimentaba dolor en alguna parte del rostro, 24 (el 52,2%) referían tener alterado el sentido del gusto y otros 26 (el 56,5%) experimentaban lagrimeo y/o sequedad ocular. En menor proporción, 10 se quejaron de cefalea o algiacusia (21,7%), 6 de acúfenos (13,0%) y 2 de hipoacusia (4,3%), si bien en algún paciente este síntoma era previo a la

parálisis. Ninguna persona tuvo fiebre y sólo un participante experimentó vértigo (2,2%). Otro refirió mareo en las evaluaciones médicas posteriores (2,2%).

El grupo control estaba compuesto por 53 personas (31 mujeres –58,5%– y 22 hombres –41,5%–) con una edad media de 40,1 años (desviación típica: 13,6). El participante más joven tenía 21 años y el mayor 78.

En relación a las variables biográficas, porcentualmente se observa que en la muestra de pacientes existe bastante heterogeneidad en cuanto al nivel de estudios, destacando, de mayor a menor prevalencia, las personas con estudios superiores finalizados o en curso (30,4%), las que tenían estudios primarios (23,9%) y estudios secundarios (21,7%). En los controles la mayoría (71,7%) estudiaba o había finalizado una carrera universitaria (ver **Gráfico 5.1**).

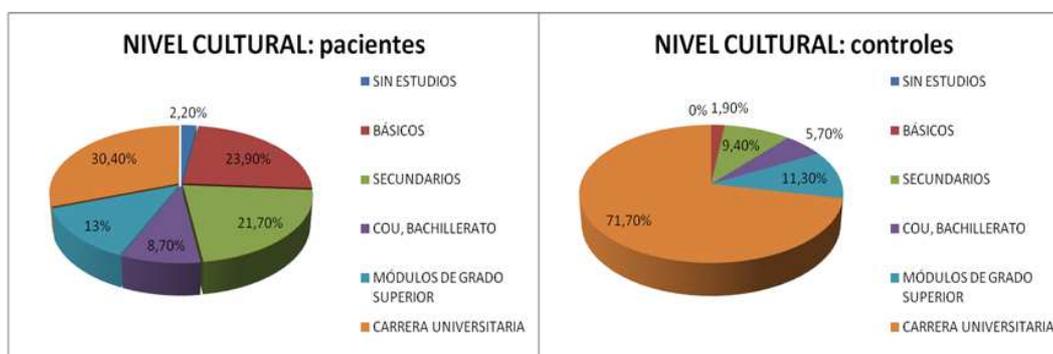


Gráfico 5.1. Nivel cultural de los pacientes y los controles del estudio.

La situación laboral de los participantes se muestra en el **Gráfico 5.2**. En los pacientes, alrededor de la mitad (52,2%) estaba trabajando o estudiando cuando se recogió la primera valoración. Ese porcentaje era mayor (88,7%) en los controles.

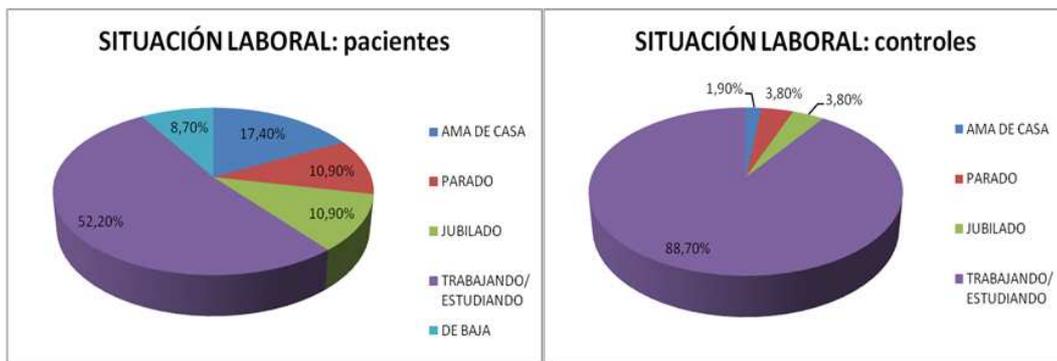


Gráfico 5.2. Situación laboral de los pacientes y los controles del estudio.

En referencia al estado civil, la mayor parte de las personas que participaron en este estudio estaban, bien solteras (30,4% de los pacientes y el 43,4% de los controles) o bien casadas o conviviendo en pareja (56,5% de los pacientes y 50,9% de los controles). Un porcentaje mucho menor estaba separado o divorciado (6,5% y 5,7%) y, en el caso de los pacientes, un 6,5% era viudo.

Las personas del grupo de pacientes y las pertenecientes a la población sin parálisis, resultaron ser homogéneas en cuanto a edad (U de Mann-Whitney=1116,5 y $p=0,472$), sexo (Chi-cuadrado=0,172 y $p=0,678$) y estado civil (Chi cuadrado=4,74 y $p=0,192$). Sin embargo, existían diferencias entre ellas en cuanto al nivel de estudios (U de Mann-Whitney= 618,5 y $p<0,001$), siendo éste mayor en el grupo control.

También diferían en cuanto a la situación laboral (Chi cuadrado=19,17 y $p=0,001$) y las diferencias persistían ($p<0,01$) cuando se agrupaba a los pacientes en situación de baja laboral con los que estaban trabajando. El nivel de estudios y la situación laboral eran variables que también estaban relacionadas (Chi-cuadrado=50,72; $p<0,001$).

5.3.- COMPARACIONES ENTRE EL GRUPO CON PARÁLISIS FACIAL Y LA POBLACIÓN GENERAL

5.3.1.- Análisis previos

Teniendo en cuenta la falta de homogeneidad entre ambas muestras en algunas variables biográficas que podrían ser relevantes (nivel de estudios y situación laboral), se ha analizado en primer lugar en qué medida existe relación entre el nivel de estudios y las puntuaciones en calidad de vida, disforia corporal y bienestar psicológico. A lo largo del texto, cuando se utilice la palabra "bienestar", se estará haciendo referencia a las medidas de bienestar hedónico y *eudaimónico* utilizadas (satisfacción vital y bienestar psicológico, medido por las distintas subescalas del cuestionario de Ryff), pero no a los síntomas y sentimientos valorados por la subescala Salud Mental, del SF-36.

En segundo lugar se ha valorado si existían diferencias en esas mismas variables en función de la situación laboral. De modo adicional, se han buscado posibles diferencias en función del sexo.

Ninguna de las variables de calidad de vida se relaciona linealmente con el nivel de estudios (**Tabla 5.2**). Tampoco se aprecia asociación entre las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de disforia corporal y el nivel de estudios (*SIBID SIN PESO* se refiere a las puntuaciones en el SIBID-S tras eliminar los ítems que hacían una referencia más directa al peso corporal) (**Tabla 5.3**). Sin embargo, como se aprecia en la **Tabla 5.4**, sólo en el grupo control, existe una relación lineal significativa pero leve, entre el nivel de estudios y las relaciones interpersonales positivas en el cuestionario de bienestar psicológico.

	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
PACIENTES ESTUDIOS	0,1	0,040	-0,091	0,134	0,121	-0,106	-0,029	0,175
CONTROLES ESTUDIOS	- 0,081	-0,038	-0,265	0,170	-0,175	0,136	-0,071	0,064

	COMPONENTE FÍSICO	COMPONENTE MENTAL
PACIENTES ESTUDIOS	-0,035	0,075
CONTROLES ESTUDIOS	-0,048	-0,027

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tabla 5.2. Correlaciones (Rho de Spearman) entre nivel de estudios y las variables de calidad de vida en el grupo de pacientes y de controles.

	SIBID-S	SIBID SIN PESO
PACIENTES ESTUDIOS	0,124	0,123
CONTROLES ESTUDIOS	-0,230	-0,200

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tabla 5.3. Correlaciones (Rho de Spearman) entre nivel de estudios y las puntuaciones SIBID-S en el grupo de pacientes y de controles.

	BIENESTAR PSICOLÓGICO	SATISFACCIÓN VITAL	AUTOACEPTACIÓN	RELACIONES POSITIVAS	PROPÓSITO EN LA VIDA
PACIENTES ESTUDIOS	0,161	0,201	-0,041	0,252	-0,059
CONTROLES ESTUDIOS	0,147	0,127	0,068	0,291*	0,006

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tabla 5.4. Correlaciones (Rho de Spearman) entre nivel de estudios y las variables de bienestar psicológico en el grupo de pacientes y de controles.

Vamos ahora a evaluar la posible influencia de la situación laboral en los resultados del grupo de pacientes y de controles. Dentro de las variables de calidad de vida, se han encontrado diferencias significativas en Función Física en el grupo de pacientes según la situación laboral (**Tabla 5.5**). Tal y como se aprecia en el **Gráfico 5.3**, las pacientes que se clasificaron como amas de casa, encontraban mayor interferencia debida a su salud en las tareas cotidianas que los parados, jubilados o que los que estudiaban o trabajaban. De igual forma, sólo tenían puntuaciones mayores que los que se encontraban en situación de baja laboral. En la Función Social, este último grupo (el de la baja laboral) tenía las puntuaciones más bajas. En definitiva, las personas con una incapacidad temporal, eran las que encontraron mayor interferencia debida a su salud tanto en las tareas cotidianas como en las sociales. En el grupo de los controles, dentro de la variable Función Social, también existían diferencias según la situación laboral (**Tabla 5.5**). Las amas de casa y parados tenían peores puntuaciones que los jubilados, estudiantes o trabajadores. No obstante, hay que tomar este dato con bastante precaución, puesto que en este grupo había muy pocas personas pertenecientes a otra categoría diferente de la de estudiantes o trabajadores activos (**Gráfico 5.3**).

	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
PACIENTES								
<i>Chi²</i>	13,069	7,996	3,242	4,598	4,572	5,458	4,535	0,823
Sig.	0,011*	0,092	0,518	0,331	0,334	0,243	0,338	0,935
CONTROLES								
<i>Chi²</i>	3,023	2,759	5,020	3,609	4,920	7,810	2,213	5,205
Sig.	0,388	0,430	0,170	0,307	0,178	0,050 *	0,529	0,157

	COMPONENTE FÍSICO	COMPONENTE MENTAL
PACIENTES		
<i>Chi²</i>	6,358	1,762
Sig.	0,174	0,779
CONTROLES		
<i>Chi²</i>	1,762	6,366
Sig.	0,623	0,095

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.5. Test de Kruskal-Wallis entre las variables de calidad de vida, siendo la variable de agrupación la Situación Laboral.

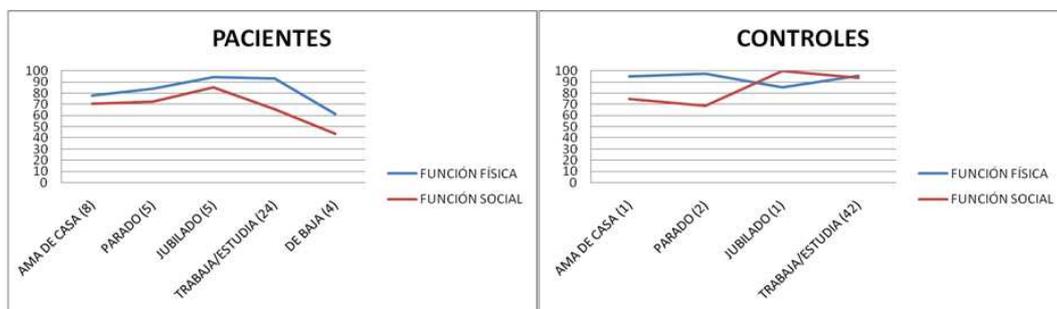


Gráfico 5.3. Puntuaciones en Función Física y Social en función de la Situación Laboral de los pacientes y controles (entre paréntesis se indica el número de personas en cada condición).

Como se observa en las **Tablas 5.6** y **5.7**, ni en los pacientes ni en las personas del grupo control, existían diferencias en las puntuaciones de disforia corporal o en las variables de bienestar, en función de la situación laboral.

	SIBID-S	SIBID-S SIN ÍTEMS DE PESO
PACIENTES		
<i>Ch²</i>	5,618	5,549
Sig.	0,230	0,235
CONTROLES		
<i>Ch²</i>	3,674	3,732
Sig.	0,299	0,292

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.6. Test de Kruskal-Wallis que compara las puntuaciones obtenidas en el SIBID-S en función de la Situación Laboral.

	BIENESTAR PSICOLÓGICO	SATISFACCIÓN VITAL	AUTOACEPTACIÓN	RELACIONES POSITIVAS	PROPÓSITO EN LA VIDA
PACIENTES					
<i>Ch²</i>	4,804	2,762	0,807	4,741	1,805
Sig.	0,308	0,598	0,938	0,315	0,771
CONTROLES					
<i>Ch²</i>	6,208	5,778	6,324	5,951	3,552
Sig.	0,102	0,123	0,097	0,114	0,314

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.7. Test de Kruskal-Wallis entre las variables de bienestar, siendo la variable de agrupación la Situación Laboral.

Por último, se ha comprobado si en cada uno de los grupos (pacientes y controles) podían hallarse diferencias en las variables en función del sexo. Así, en los pacientes las mujeres puntuaron por debajo que los hombres en diversas variables de calidad de vida (**Tabla 5.8.a**).

			Media	D.T.	U de Mann-Whitney	Sig.
P A C I E N T E S	FUNCIÓN FÍSICA	Hombre	95,952	6,446	125,0	0,002**
		Mujer	79,400	23,063		
	ROL FÍSICO	Hombre	75	31,187	192,5	0,116
		Mujer	61	34,624		
	DOLOR	Hombre	63,905	26,459	227,0	0,431
		Mujer	56,520	28,862		
	SALUD GENERAL	Hombre	76,095	16,964	118,5	0,001**
		Mujer	51,920	25,408		
	VITALIDAD	Hombre	70,536	17,133	115,0	0,001**
		Mujer	49,250	21,973		
	FUNCIÓN SOCIAL	Hombre	76,786	27,468	178,0	0,058
		Mujer	59,500	32,331		
	ROL EMOCIONAL	Hombre	82,541	24,282	169,5	0,034*
		Mujer	65,333	28,936		
	SALUD MENTAL	Hombre	70,952	13,840	109,5	0,001**
		Mujer	51,800	21,837		
	COMPONENTE FÍSICO	Hombre	51,992	7,901	216,0	0,305
		Mujer	46,917	11,237		
COMPONENTE MENTAL	Hombre	47,871	10,952	141,0	0,007**	
	Mujer	37,381	13,930			

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.8.a. Media, desviaciones típicas (D.T.) y test de Mann-Whitney para las diferencias en la calidad de vida en función del sexo en los pacientes.

De este modo, las personas del sexo femenino refirieron mayores limitaciones para realizar actividades físicas, valoraban peor su salud, experimentaban menos vitalidad, más sentimientos de angustia y depresión, más interferencia en las actividades diarias debido a problemas emocionales y, rozando la significación estadística, también informaron de mayor interferencia en las actividades sociales por problemas físicos o emocionales (**Tabla 5.8.a**).

Como en los pacientes existían diferencias en la edad en función del sexo (U de Mann-Whitney=168; $p=0,037$; Media de edad de los hombres: 37,571 años y D.T.= 15,964, Media de edad de las mujeres: 48,28 años y D.T.= 19,126), se controló estadísticamente la primera variable, encontrándose que los hombres obtenían puntuaciones superiores a las de las mujeres en todas las variables de calidad de vida salvo en dolor corporal y Componente físico. El mayor tamaño del efecto se aprecia en la variable Vitalidad (**Tabla 5.8.b**).

	F	Significación	Eta al cuadrado parcial	Potencia observada
FUNCIÓN FÍSICA	8,156	0,007**	0,159	0,797
ROL FÍSICO	4,141	0,048*	0,088	0,512
DOLOR	1,406	0,242	0,032	0,213
SALUD GENERAL	12,163	0,001**	0,220	0,926
VITALIDAD	20,226	0,000**	0,320	0,993
FUNCIÓN SOCIAL	8,469	0,006**	0,165	0,812
ROL EMOCIONAL	7,920	0,007**	0,156	0,786
SALUD MENTAL	14,476	0,000**	0,252	0,961
COMPONENTE FÍSICO	3,031	<i>0,089</i>	0,066	0,398
COMPONENTE MENTAL	13,404	0,001**	0,238	0,947

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tabla 5.8.b. Diferencias en calidad de vida en función del sexo en los pacientes controlando estadísticamente la variable edad.

Tras comprobar que no había diferencias en la edad en función del sexo a los seis o más meses después de la primera valoración (U de Mann-Whitney= 98; $p=0,123$), encontramos que en ese periodo, las diferencias entre hombres y mujeres disminuyeron (**Tabla 5.9**): las pacientes referían un mayor dolor y mayor limitación debida a él, y persistía una menor vitalidad y una tendencia a presentar más dificultades para realizar actividades físicas (las diferencias en este caso rozan la significación estadística).

			Media	D.T.	U de Mann-Whitney	Sig.
P A C I E N T E S	6 MESES FUNCIÓN FÍSICA	Hombre	93,333	12,673	87,5	0,051
		Mujer	81,875	19,990		
	6 MESES ROL FÍSICO	Hombre	81,771	26,174	130	0,619
		Mujer	80,990	23,202		
	6 MESES DOLOR	Hombre	82,500	23,685	85	0,044*
		Mujer	61,792	29,641		
	6 MESES SALUD GENERAL	Hombre	76,750	19,212	116	0,345
		Mujer	69,541	23,189		
	6 MESES VITALIDAD	Hombre	74,479	15,415	85	0,046*
		Mujer	59,115	23,958		
	6 MESES FUNCIÓN SOCIAL	Hombre	84,375	19,310	140	0,887
		Mujer	78,646	28,902		
	6 MESES ROL EMOCIONAL	Hombre	85,417	18,162	143,5	0,986
		Mujer	85,417	18,594		
	6 MESES SALUD MENTAL	Hombre	74,583	21,262	120	0,418
		Mujer	68,958	14,369		
	6 MESES COMPONENTE FÍSICO	Hombre	54,352	7,073	90	0,07
		Mujer	49,060	9,863		
6 MESES COMPONENTE MENTAL	Hombre	49,957	10,670	127	0,568	
	Mujer	47,993	8,855			

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.9. Media, desviaciones típicas y test de Mann-Whitney para las diferencias en la calidad de vida, a los seis meses, en función del sexo.

En el grupo control también había diferencias en función del sexo, pero estas diferencias se reflejaron en menos parámetros: las mujeres experimentaban peor salud mental y menos vitalidad. Las diferencias en cuanto a interferencias en las actividades sociales en relación con los hombres, aunque se situaban próximas, no alcanzaban significación estadística (**Tabla 5.10**). Hombres y mujeres del grupo control no diferían en cuanto a la edad (U de Mann-Whitney=304,5; p=0,509).

		Media	D.T.	U de Mann-Whitney	Sig.	
C O N T R O L E S	FUNCIÓN FÍSICA	Hombre	97,813	3,637	177,5	0,083
		Mujer	94,194	7,756		
	ROL FÍSICO	Hombre	92,5781	9,741	243,5	0,913
		Mujer	89,7177	15,691		
	DOLOR	Hombre	84,375	15,218	192	0,197
		Mujer	75,936	20,780		
	SALUD GENERAL	Hombre	78,625	21,238	177,5	0,112
		Mujer	70,742	16,272		
	VITALIDAD	Hombre	72,266	17,073	138	0,012*
		Mujer	63,105	12,433		
	FUNCIÓN SOCIAL	Hombre	97,656	5,039	178,5	0,064
		Mujer	88,710	16,569		
	ROL EMOCIONAL	Hombre	91,667	13,944	214,5	0,396
		Mujer	87,903	16,505		
	SALUD MENTAL	Hombre	83,750	10,567	129,5	0,007**
		Mujer	72,782	13,858		
COMPONENTE FÍSICO	Hombre	55,339	4,495	210	0,394	
	Mujer	53,827	6,532			
COMPONENTE MENTAL	Hombre	53,981	6,172	144	0,020*	
	Mujer	48,987	7,607			

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.10. Media, desviaciones típicas y test de Mann-Whitney para las diferencias en la calidad de vida en función del sexo en los controles.

Mientras que en el grupo de la población general, las mujeres refirieron mayor malestar en relación con la apariencia física (disforia corporal), en el grupo de personas con parálisis no se evidenció diferencia entre hombre y mujeres (**Tabla 5.11**), ni siquiera controlando la edad ($F=1,078$, $p=305$, *eta al cuadrado parcial*= 0,025). Realizando el mismo análisis con las puntuaciones de los pacientes tras seis o más meses desde la primera evaluación, se observa que, a pesar de que las diferencias en función del sexo no llegan a ser significativas, los resultados tienen mayor parecido con los que encontramos en la población general. Las mujeres parecen referir una mayor disforia en relación con la apariencia, que los hombres (**Tabla 5.11**). En las variables de bienestar psicológico no se encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ni en el grupo control ni en el de los pacientes (**Tabla 5.12**).

			Media	D.T.	U de Mann-Whitney	Sig.
PACIENTES	SIBID-S	Hombre	1,105	0,880	223	0,509
		Mujer	1,314	0,953		
	SIBID-S SIN ÍTEMS DE PESO	Hombre	1,152	0,891	225	0,546
		Mujer	1,343	0,980		
	6 MESES SIBID-S	Hombre	0,650	0,623	84,500	0,062
		Mujer	1,147	0,902		
	6 MESES SIBID-S SIN ÍTEMS DE PESO	Hombre	0,667	0,646	87,500	0,079
		Mujer	1,149	0,905		
CONTROLES	SIBID-S	Hombre	0,755	0,527	177,5	0,015*
		Mujer	1,195	0,805		
	SIBID-S SIN ÍTEMS DE PESO	Hombre	0,783	0,548	184,5	0,022*
		Mujer	1,196	0,802		

*p< 0, 05 **p<0,01

Tabla 5.11. Media, desviaciones típicas y test de Mann-Whitney para las diferencias en disforia corporal en función del sexo.

			Media	D.T.	U de Mann-Whitney	Sig.	
PACIENTES	SATISFACCIÓN VITAL	Hombre	5,48	1,123	247	0,724	
		Mujer	5,28	1,370			
	BIENESTAR PSICOLÓGICO	Hombre	4,645	0,606	193	0,367	
		Mujer	4,489	0,519			
	AUTOACEPTACIÓN	Hombre	4,775	0,869	224	0,883	
		Mujer	4,815	0,699			
	RELACIONES POSITIVAS	Hombre	4,560	1,081	183	0,251	
		Mujer	4,252	0,958			
	PROPÓSITO EN LA VIDA	Hombre	4,926	0,737	215	0,929	
		Mujer	4,904	0,692			
	CONTROLES	SATISFACCIÓN VITAL	Hombre	5,68	0,780	283	0,331
			Mujer	5,53	0,629		
BIENESTAR PSICOLÓGICO		Hombre	4,897	0,537	185	0,242	
		Mujer	4,765	0,327			
AUTOACEPTACIÓN		Hombre	4,796	0,689	315	0,634	
		Mujer	4,718	0,451			
RELACIONES POSITIVAS		Hombre	4,982	0,884	340,5	0,993	
		Mujer	5,012	0,761			
PROPÓSITO EN LA VIDA		Hombre	4,973	0,757	244,5	0,078	
		Mujer	4,755	0,041			

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.12. Media, desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para las diferencias en bienestar psicológico en función del sexo.

Por otro lado, algunas de las pacientes estaban embarazadas o en el periodo puerperal en el momento de realizar la primera evaluación, y esa situación podía afectar tanto a la calidad de vida como a la imagen corporal. Por ello se analizó si existían diferencias en relación a las pacientes que no se encontraban en esas circunstancias. No se incluyó dentro del periodo de puerperio a una de las mujeres que había parido hacía más de ocho semanas.

Los resultados indican que no había diferencias significativas en bienestar psicológico, en las variables de calidad de vida ni en disforia corporal entre las mujeres embarazadas o en el postparto (n=5) y las que no lo estaban, pero que se situaban en el mismo rango de edad (n=6). (**Tablas 5.13-5.15**).

		Media	D.T.	U de Mann-Whitney	Sig.
SATISFACCIÓN VITAL	EMBARAZO	5,80	0,837	13,5	0,773
	RESTO DE MUJERES	5,17	1,835		
BIENESTAR PSICOLÓGICO	EMBARAZO	4,241	0,294	6	0,1
	RESTO DE MUJERES	4,523	0,748		
AUTOACEPTACIÓN	EMBARAZO	4,700	0,371	8	0,192
	RESTO DE MUJERES	4,833	1,057		
RELACIONES POSITIVAS	EMBARAZO	3,840	0,699	11	0,462
	RESTO DE MUJERES	4,300	1,295		
PROPÓSITO EN LA VIDA	EMBARAZO	4,760	0,590	11	0,459
	RESTO DE MUJERES	5,000	0,727		

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.13. Media, desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para las diferencias en bienestar psicológico entre las pacientes embarazadas o en el puerperio y aquellas de edad similar que no lo estaban

		Media	D.T.	U de Mann-Whitney	Sig.
FUNCIÓN FÍSICA	EMBARAZO	67	38,827	11,5	0,502
	RESTO DE MUJERES	91,667	7,527		
ROL FÍSICO	EMBARAZO	43,750	26,882	13,5	0,783
	RESTO DE MUJERES	52,083	35,502		
DOLOR	EMBARAZO	55	28,470	14	0,854
	RESTO DE MUJERES	51,1667	34,713		
SALUD GENERAL	EMBARAZO	45,2	24,631	15	1
	RESTO DE MUJERES	45,167	24,766		
VITALIDAD	EMBARAZO	40	9,479	11,5	0,514
	RESTO DE MUJERES	43,75	26,220		
FUNCIÓN SOCIAL	EMBARAZO	45	18,957	13,5	0,782
	RESTO DE MUJERES	43,75	36,012		
ROL EMOCIONAL	EMBARAZO	53,333	9,501	13,5	0,782
	RESTO DE MUJERES	52,778	35,224		
SALUD MENTAL	EMBARAZO	48	13,038	13,5	0,782
	RESTO DE MUJERES	45,833	26,536		
COMPONENTE FÍSICO	EMBARAZO	42,789	13,056	11	0,465
	RESTO DE MUJERES	48,197	8,422		
COMPONENTE MENTAL	EMBARAZO	33,270	8,134	14	0,855
	RESTO DE MUJERES	30,227	18,597		

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.14. Media, desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para las diferencias en calidad de vida entre las pacientes embarazadas o en el puerperio y las que no lo estaban.

		Media	D.T.	U de Mann-Whitney	Sig.
SIBID-S	EMBARAZO	1,440	1,124	11	0,464
	RESTO DE MUJERES	1,833	0,985		
SIBID-S SIN ÍTEMS DE PESO	EMBARAZO	1,5	1,167	1,5	0,521
	RESTO DE MUJERES	1,907	1,034		

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.15. Media, desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para las diferencias en disforia corporal entre las pacientes embarazadas o en el puerperio y aquellas de edad similar que no lo estaban.

5.3.2- Diferencias entre los grupos

Una vez obtenidos los datos anteriores, se analizó si existían diferencias entre el grupo de personas con parálisis y la población general. En las variables de calidad de vida, todas las puntuaciones medias eran inferiores en el grupo de pacientes que en el otro grupo. Es decir, consideraban que su salud era peor, tenían más limitaciones para las actividades físicas, más problemas en el trabajo o en las actividades cotidianas y en las actividades sociales por la salud física o emocional, experimentaban más dolor y más angustia y tristeza. No parecían diferir de forma significativa en la sensación de vitalidad; si bien, la tendencia es igual que en el resto de las variables (**Tabla 5.16**).

	PACIENTES (46)		CONTROLES (47)		U de Mann-Whitney	Sig.
	Media	DT	Media	DT		
FUNCIÓN FÍSICA	86,957	19,278	95,426	6,824	816	0,030*
ROL FÍSICO	67,391	33,487	90,692	13,907	646	0,001**
DOLOR	59,891	27,735	78,809	19,325	635,5	0,001**
SALUD GENERAL	62,957	24,909	73,426	18,277	827	0,050*
VITALIDAD	58,967	22,425	66,223	14,667	865	0,095
FUNCIÓN SOCIAL	67,391	31,122	91,755	14,342	543	0,000**
ROL EMOCIONAL	73,189	27,994	89,184	15,630	720	0,003**
SALUD MENTAL	60,544	20,796	76,516	13,757	569,5	0,000**
COMPONENTE FÍSICO	49,234	10,081	54,341	5,911	756	0,013**
COMPONENTE MENTAL	42,170	13,591	50,687	7,476	662	0,001**

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.16. Media y desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para las puntuaciones en calidad de vida de los dos grupos.

Como se vio en el apartado anterior, existían diferencias en la calidad de vida en función del sexo. En el grupo control no todos los participantes completaron el cuestionario SF-36 V2; y entre las personas que sí lo realizaron, no había el mismo número de hombres y mujeres (n=16 y n=31, respectivamente) siendo esas diferencias significativas ($p=0,029$ en la prueba de Chi-cuadrado). Sin embargo, no existían discrepancias entre el número de hombres y mujeres comparando a los pacientes con el grupo control (Chi-cuadrado=1,308, $p=0,253$).

Se han analizado las diferencias en calidad de vida entre los pacientes con parálisis y las personas sin ella diferenciándolos por el sexo (**Tabla 5.17 y gráfico 5.4**). De ese modo, se obtiene que las mujeres con parálisis presentaban puntuaciones más bajas en todas las variables de calidad de vida (física y psicológica) que las que no padecían esta enfermedad. Los hombres con parálisis facial presentaban, en comparación con los varones de la población general, mayor dolor e interferencia debida a éste, más sentimientos de angustia y tristeza y mayor interferencia en las situaciones sociales por la salud física o emocional. En el resto de las variables, en cambio, no había diferencias.

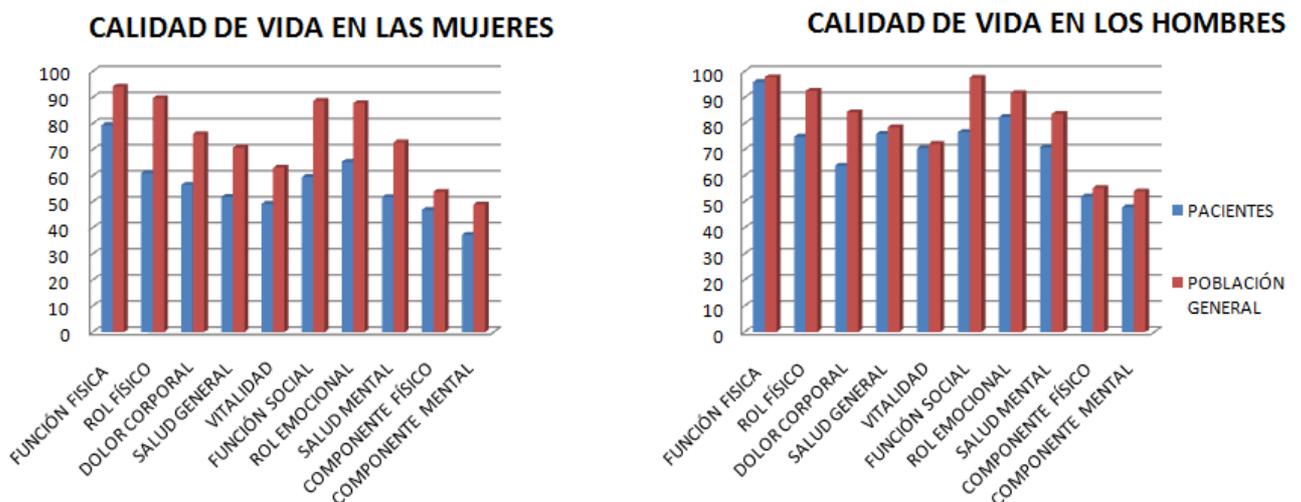


Gráfico 5.4. Calidad de vida en los hombres y mujeres del grupo con parálisis facial y del control.

			Media	DT	U de Mann-Whitney	Sig.
M U J E R E S	FUNCIÓN FÍSICA	pacientes	79,4	23,063	214,5	0,003**
		controles	94,194	7,756		
	ROL FÍSICO	pacientes	61	34,624	184	0,001**
		controles	89,718	15,691		
	DOLOR	pacientes	56,52	28,862	231,5	0,009**
		controles	75,936	20,780		
	SALUD GENERAL	pacientes	51,92	25,408	218,5	0,005**
		controles	707,42	16,273		
	VITALIDAD	pacientes	49,25	21,973	210	0,003**
		controles	63,105	12,433		
	FUNCIÓN SOCIAL	pacientes	59,5	32,331	178,5	0,000**
		controles	88,710	16,569		
	ROL EMOCIONAL	pacientes	65,333	28,936	201,5	0,001**
		controles	87,903	16,505		
SALUD MENTAL	pacientes	51,8	21,837	163,5	0,000**	
	controles	72,782	13,858			
COMPONENTE FÍSICO	pacientes	46,917	11,237	237	0,013*	
	controles	53,827	6,532			
COMPONENTE MENTAL	pacientes	37,381	13,930	176	0,000**	
	controles	48,987	7,607			
H O M B R E S	FUNCIÓN FÍSICA	pacientes	95,952	6,446	150,5	0,527
		controles	97,813	3,637		
	ROL FÍSICO	pacientes	75	31,187	124	0,155
		controles	92,578	9,741		
	DOLOR	pacientes	63,905	26,459	87,5	0,012*
		controles	84,375	15,218		
	SALUD GENERAL	pacientes	76,095	16,964	140,5	0,397
		controles	78,625	21,238		
	VITALIDAD	pacientes	70,536	17,133	157,5	0,745
		controles	72,266	17,073		
	FUNCIÓN SOCIAL	pacientes	76,786	27,468	72,5	0,001**
		controles	97,656	5,039		
	ROL EMOCIONAL	pacientes	82,54	24,282	134	0,240
		controles	91,667	13,944		
SALUD MENTAL	pacientes	70,952	13,84	75,5	0,004**	
	controles	83,75	10,567			
COMPONENTE FÍSICO	pacientes	51,992	7,9	136	0,327	
	controles	55,339	4,495			
COMPONENTE MENTAL	pacientes	47,871	10,952	105	0,053	
	controles	53,981	6,172			

*p< 0, 05, **p<0,01

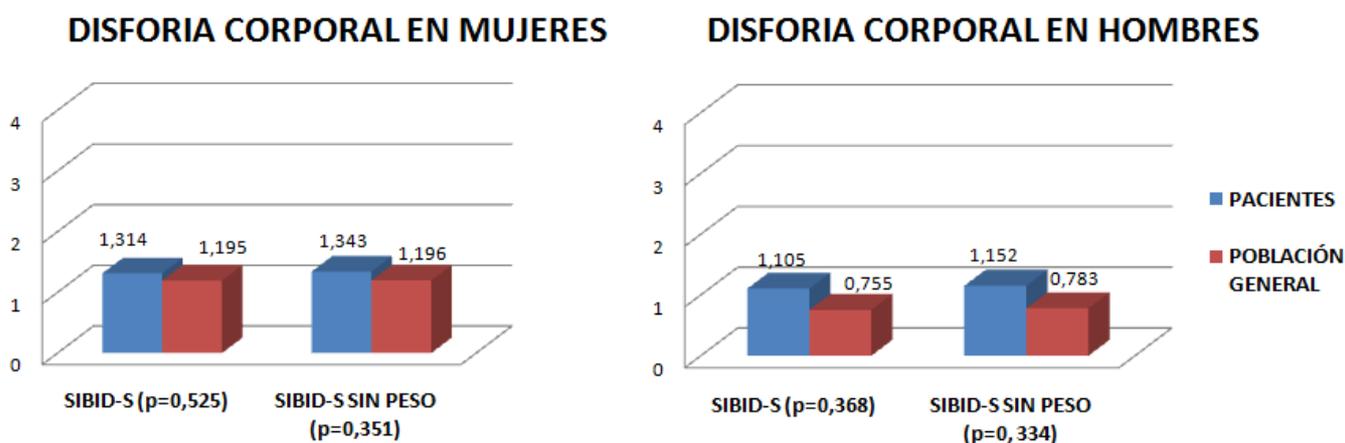
Tabla 5.17. Media, desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para las diferencias en calidad de vida entre el grupo de pacientes y de la población general diferenciados por sexo.

En las variables de disforia corporal, no se han encontrado diferencias entre el grupo de pacientes y el de la población general, aunque las medias de son superiores en los pacientes. En el **gráfico 5.5** se muestran los resultados para esta variable en función del sexo.

	PACIENTES (45)		CONTROLES (50)		U de Mann-Whitney	Sig.
	Media	DT	Media	DT		
SIBID-S	1,217	0,915	1,019	0,734	982,500	0,288
SIBID-S SIN ÍTEMS DE PESO	1,254	0,934	1,031	0,734	1025,500	0,446

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.18. Medias y desviaciones típicas, y prueba de Mann-Whitney para la diferencia de puntuaciones en el SIBID-S entre el grupo de pacientes y el control.



Desviaciones típicas en las mujeres.- SIBID-S.-DT=0,953 en pacientes; DT= 0,805 en controles y SIBID-S sin ítems sobre peso: DT= 0,980 en pacientes y DT=0,802 en controles

Desviaciones típicas en los hombres.- SIBID-S: DT=0,880 en pacientes; DT=0,527 en controles y SIBID-S sin ítems sobre peso: DT=0,891 en pacientes y DT=0,548 en controles

Gráfico 5.5. Disforia corporal de los participantes en función del sexo.

Hay que tener presente que el grupo de mujeres pacientes tenía una edad media superior al control según la tendencia estadística (U de Mann-Whitney=279, p=0,074; \bar{X} de pacientes=48,28 y D.T.=19,12; \bar{X} de controles= 39,48 y D.T.=13,08). En los hombres no había diferencias (U de Mann-Whitney=194,5 y p=374; \bar{X} de pacientes=37,59 y D.T.=15,96; \bar{X} de

controles=40,91 y D.T.=14,66). Sin embargo, entre los dos grupos no había diferencias en cuanto al porcentaje de mujeres mayores y menores de 55 años y menores ($\text{Chi}^2=1,956$, $p=0,162$).

Cuando se analizan individualmente los ítems del cuestionario SIBID-S (ver la Tabla 1 en el anexo 2), encontramos que sólo el ítem 16 consigue discriminar a los pacientes del grupo control de aquellos con parálisis. Éstos obtienen una media de 1,98 (D.T.= 1,588) en ese ítem y aquéllos, 1,26 (D.T.= 0,965), existiendo una diferencia significativa (U de Mann-Whitney= 866,5; $p=0,046$). Este ítem valora el nivel de malestar en relación con la apariencia física cuando la persona se ve en una foto o en un vídeo.

Diferenciando por sexo a los participantes (ver la **tablas 8.2 y 8.3** en el anexo II) encontramos que entre los hombres, ninguno de los ítems diferenciaba a los pacientes del grupo control. En las mujeres las diferencias en las puntuaciones de tres ítems estaban cercanas a la significación estadística. En el ítem 16, descrito en el párrafo anterior, las pacientes referían mayor malestar por la apariencia (Media=2,29; D.T.= 1,654) que el grupo sin parálisis (Media = 1,45; D.T.= 0,91), (U de Mann-Whitney=249,5; $p=0,068$). En cambio, sentían menos disforia en relación con el cuerpo cuando se miraban desnudas en el espejo (ítem 7) y cuando se probaban ropa nueva en una tienda (ítem 8). (En ítem 7, media de las pacientes= 1,17; D.T.= 1,494 y media de las mujeres control= 1,45; D.T.=0,91; U de Mann-Whitney= 251,5; $p=0,070$. En ítem 8 media de las pacientes= 1; D.T.=1,18 y media de las controles= 1,41; D.T.= 0,946; U de Mann-Whitney=250; $p=0,063$).

Sin diferenciarlas por sexo, las personas con parálisis facial, experimentaban menos bienestar psicológico general que el grupo control, y menos relaciones positivas con otras personas. No diferían en cuanto a su nivel de autoaceptación, o al grado en que encontraban objetivos y metas en su vida (Propósito). Tampoco existían diferencias significativas en la valoración

global que hacían de sus vidas (Satisfacción vital) (**Tabla 5.19**). En ambos grupos la valoración más frecuente (la moda) sobre su vida fue "feliz".

	PACIENTES		CONTROLES		U de Mann-Whitney	Sig.
	Media	DT	Media	DT		
BIENESTAR PSICOLÓGICO	4,561	0,560	4,819	0,4255	694	0,032 *
AUTOACEPTACIÓN	4,796	0,774	4,75	0,557	1014,5	0,352
RELACIONES POSITIVAS	4,395	1,017	5	0,806	742	0,003**
PROPÓSITO EN LA VIDA	4,914	0,704	4,845	0,581	1003,5	0,408
SATISFACCIÓN VITAL	5,37	1,254	5,6	0,693	1109,5	0,513

Tabla 5.19. Medias, desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para la diferencia de puntuaciones en las variables de bienestar entre el grupo de pacientes y el control

Al analizar los datos separando a los hombres y mujeres, se encuentra que no hay diferencias en ninguna variable de bienestar entre los hombres con parálisis y los de la población general ($p=0,56$ en Satisfacción Vital, $p=0,198$ en Bienestar Psicológico, $p=0,929$ en Autoaceptación, $p=0,18$ en Relaciones Positivas y $p=0,782$ en Propósito). En cambio, las mujeres con parálisis refieren menos relaciones positivas y de confianza que las del grupo control (Media de mujeres con parálisis= 4,252 y Media de mujeres del grupo control = 5,013; U de Mann-Whitney=187; $p=0,003$); y las diferencias rozan la significación estadística en Bienestar Psicológico (Media de mujeres con parálisis= 4,489 y Media de mujeres del grupo control=4,765; U de Mann-Whitney= 204,5; $p=0,058$), donde las pacientes con parálisis presentan peores puntuaciones.

Controlando el nivel de estudios (si bien sólo existe relación lineal entre las relaciones positivas y esta variable), el grupo de pacientes y el de la población general eran homogéneos en cuanto a nivel global de bienestar psicológico ($F=2,115$; $p=0,15$ y eta al cuadrado parcial= 0,025). En la

dimensión que mide las relaciones positivas, las diferencias entre el grupo de pacientes y el de la población general (a favor de éste último) disminuyen y están cercanas a la significación estadística, siendo el tamaño del efecto casi inexistente ($F=3,23$; $p=0,076$ y η^2 al cuadrado parcial= $0,034$). En el caso de las mujeres, al controlar estadísticamente el nivel de estudios, claramente no hay diferencias en el nivel global de bienestar psicológico ($F=1,765$; $p=0,195$, η^2 al cuadrado parcial= $0,037$) y desaparecen las diferencias encontradas en las relaciones positivas ($F=3,083$; $p=0,085$ y η^2 al cuadrado parcial= $0,057$).

Posteriormente, se analizaron sólo los datos de los pacientes a los que también se les realizó después dos valoraciones más (a los tres meses y más allá de los seis meses). Esa submuestra era homogénea a la de población general en cuanto al número de hombres y mujeres (Chi-cuadrado= $0,875$; $p=0,35$), edad (U de Mann-Whitney= $599,5$; $p=0,101$) y estado civil (Chi-cuadrado= $7,636$; $p=0,054$), aunque en esta variable las diferencias rozaban la significación estadística. La homogeneidad persistía tomando sólo las personas de la población general que completaron el cuestionario SF-36 (Chi-cuadrado= $0,074$ y $p=0,786$ para el sexo; U de Mann-Whitney= $530,5$ y $p=0,106$ para la edad; Chi-cuadrado= $6,771$ y $p=0,08$ para el estado civil). En los análisis efectuados, se obtienen resultados semejantes tanto con las variables de calidad de vida como con las de bienestar y disforia corporal (**Tablas 5.20, 5.23 y 5.24**). Es decir, en general, difieren en las mismas variables del grupo control que cuando se valora a todos los pacientes que completaron la evaluación inicial realizaran o no las dos siguientes valoraciones. Las dos únicas excepciones se producen en las variables Vitalidad y Salud General (**Tabla 5.20**). El subgrupo de pacientes que fue evaluado en tres ocasiones, difería en cuanto a la sensación de vitalidad (puntuación media= 63, 62) con el grupo control y, en cambio, las diferencias no llegaban a la significación en el caso la valoración de la propia salud (puntuación media 57,33). Sin embargo, cuando se separa a los sujetos en función del sexo (**Tablas 5.21 y 5.22**), la única discrepancia en relación a los

resultados obtenidos con todos los pacientes que realizaron la evaluación inicial, radica en que la diferencia en la variable de Salud Mental, entre los hombres con parálisis que completaron las tres evaluaciones y los del grupo control, no llegaba a ser significativa (puntuación media de los pacientes= 71,5).

	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
U de Mann-Whitney	462,5	389,5	363	528	483	352	409	323,5
Sig.	0,013*	0,001**	0,001**	0,099	0,032*	0,000**	0,002**	0,000**

	COMPONENTE FÍSICO	COMPONENTE MENTAL
U de Mann-Whitney	475	390
Sig.	0,027	0,002

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.20. Prueba de Mann-Whitney para la diferencia de puntuaciones iniciales en las variables de calidad de vida entre el grupo de pacientes que realizó tres evaluaciones (29) y el control.

	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
U de Mann-Whitney	163,5	168	173	191	148,5	163	164,5	106,5
Sig.	0,007**	0,008**	0,014*	0,038*	0,003**	0,005**	0,006**	0,000**

	COMPONENTE FÍSICO	COMPONENTE MENTAL
U de Mann-Whitney	194	126
Sig.	0,045*	0,001**

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.21. Prueba de Mann-Whitney para la diferencia de puntuaciones iniciales en las variables de calidad de vida entre las mujeres del grupo de pacientes que realizó tres evaluaciones (29) y el control.

	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
U de Mann-Whitney	70	46	33,5	72	78	30	53,50	45,5
Sig.	0,533	0,062	0,012*	0,671	0,915	0,003**	0,120	0,066

	COMPONENTE FÍSICO	COMPONENTE MENTAL
U de Mann-Whitney	64	62
Sig.	0,399	0,343

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.22. Prueba de Mann-Whitney para la diferencia de puntuaciones iniciales en las variables de calidad de vida entre los hombres del grupo de pacientes que realizó tres evaluaciones (29) y el control.

	SIBID-S	SIBID-S SIN ÍTEMS DE PESO
U de Mann-Whitney	633,5	617
Sig.	0,488	0,387

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.23. Prueba de Mann-Whitney para la diferencia de puntuaciones iniciales en el SIBID-S entre el grupo de pacientes que realizó tres evaluaciones (28) y el control.

	BIENESTAR	AUTOACEPTACIÓN	RELACIONES POSITIVAS	PROPÓSITO EN LA VIDA	SATISFACCIÓN VITAL
U de Mann-Whitney	396,5	651,5	462	609,5	634
Sig.	0,019 *	0,511	0,010**	0,402	0,206

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.24. Prueba de Mann-Whitney para la diferencia de puntuaciones iniciales en las variables de bienestar entre el grupo de pacientes que realizó tres evaluaciones (27) y el control.

5.4.- RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

5.4.1.- Relación entre la edad y el resto de variables

La edad no se relaciona de forma lineal con las puntuaciones en disforia corporal y bienestar psicológico ni en el grupo de pacientes ni en el control (**Tablas 5.26 y 5.29**). Separando a los participantes en tres rangos de edad (18-30 años, 31-54 años, 55 años y mayores) no se encontraron diferencias significativas en el malestar por la apariencia física entre los grupos (**Tabla 5.27**). Sólo al agrupar a las personas mayores y menores de 55 años, se encuentra que las pacientes de más edad presentan una menor disforia en relación con la apariencia física comparadas con las menores de 55 años (**Tabla 5.28**), no ocurriendo lo mismo con los hombres ($p=0,893$). Respecto a la calidad de vida, en el grupo de pacientes sí existe una relación leve entre la variable Función Social y la edad (**Tabla 5.25**): la leve tendencia que se aprecia indica que cuanto mayor era la edad de los pacientes, referían menos limitaciones debidas a la salud para realizar actividades sociales.

		FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
E D A D	CONTROL ES	-0,223	0,193	0,002	-0,235	0,246	0,040	0,168	0,161
	PACIENTES	-0,199	0,224	0,119	-0,154	0,182	0,305*	0,203	0,052

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.25. Correlaciones de Pearson entre la edad y la calidad de vida

		SIBID-S	SIBID-S SIN ÍTEMS DE PESO
EDAD	CONTROLES	-0,230	-0,239
	PACIENTES	-0,133	-0,142

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.26. Correlaciones de Pearson entre edad y la disforia corporal.

		SIBID-S			SIBID-S SIN PESO		
		Media	D.T.	Chi-cuadrado	Media	D.T.	Chi-cuadrado
PACIENTES	18-30 años	1,147	0,583	2,802 p=0,246	1,190	0,603	2,721 p=0,257
	31-54 años	1,445	1,068		1,484	1,0863	
	55 años y mayores	0,863	0,861		0,889	0,883	
CONTOLES	18-30 años	1,130	0,679	1,471 p=0,479	1,145	0,674	1,968 p=0,374
	31-54 años	1,018	0,893		1,038	0,891	
	55 años y mayores	0,820	0,368		0,811	0,379	

Tabla 5.27. Medias, desviaciones típicas y prueba de Kruskal-Wallis para las puntuaciones en disforia en relación con la apariencia, en función de la edad.

		SIBID-S			SIBID-S SIN PESO		
		Media	D.T.	U Mann-Whitney	Media	D.T.	U Mann-Whitney
PACIENTES MUJERES	18-54 años (17)	1,568	0,975	27 p=0,039*	1,592	1,001	29 p=0,053
	55 años y mayores (7)	0,699	0,568		0,738	0,640	
CONTROL MUJERES	18-54 años (25)	1,252	0,869	57 p=0,759	1,256	0,865	50,5 p=0,503
	55 años y mayores (5)	0,910	0,21		0,900	0,220	

*p< 0, 05

Tabla 5.28. Medias, desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para disforia en relación con la apariencia en las mujeres en función de la edad.

		SATISFACCIÓN VITAL	BIENESTAR	AUTOACEPTACIÓN	RELACIONES POSITIVAS	PROPÓSITO EN LA VIDA
E D A D	CONTOLES	-0,011	0,178	0,063	-0,153	0,131
	PACIENTES	0,031	-0,058	0,079	-0,163	0,003

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.29. Correlaciones de Pearson entre la edad y las variables de bienestar psicológico.

5.4.2.- Relación entre la gravedad de la parálisis y el resto de variables

Existe una relación negativa entre la percepción de la gravedad y la capacidad de movimiento valorada por los especialistas. Es decir, cuanto menos movían los músculos faciales, los pacientes valoraban la parálisis como más grave. La variabilidad común entre el criterio médico sobre el movimiento y la percepción del paciente sobre la gravedad del trastorno fue mayor a los tres meses que en la valoración inicial, y disminuyó en la evaluación realizada pasados un mínimo de seis meses (**Tabla 5.30**).

	FPRP	% REGIÓN FRONTAL	% ORBICULAR OJO	% MÚSCULO ELEVADOR COMÚN	% CIGOMÁTICO BOCA
GRAVEDAD SUBJETIVA	-0,434**	-0,421**	-0,437**	-0,392**	-0,457**
	3 MESES FPRP	3 MESES % REGIÓN FRONTAL	3 MESES % ORBICULAR OJO	3 MESES % MÚSCULO ELEVADOR COMÚN	3 MESES % CIGOMÁTICO
3MESES GRAVEDAD SUBJETIVA	-0,642**	-0,709**	-0,752**	-0,730**	-0,643**
	6 MESES FPRP	6 MESES % REGIÓN FRONTAL	6 MESES % ORBICULAR OJO	6 MESES % MÚSCULO ELEVADOR COMÚN	6 MESES % CIGOMÁTICO
6MESES GRAVEDAD SUBJETIVA	<i>-0,332</i>	-0,356*	-0,403*	-0,393*	<i>-0,338</i>

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

FPRP= Perfil de recuperación de parálisis facial (siglas en inglés)

Músculo elevador común, se refiere al elevador común del labio superior y alas nasales

Tabla 5.30. Correlaciones de Pearson entre edad, la percepción de gravedad la parálisis y la capacidad de movimiento

La gravedad subjetiva no era diferente entre las personas que experimentaron dolor o alteración del gusto, cefaleas, lagrimeo, acúfenos o algiacusia, que entre los que no experimentaron estos síntomas (U de Mann-Whitney= 257, $p=0,945$; U de Mann-Whitney= 195,5, $p=0,116$; U de Mann-Whitney= 160, $p=0,578$; U de Mann-Whitney= 195, $p=0,133$; U de Mann-Whitney=109, $p=0,708$; U de Mann-Whitney=141,5, $p=0,284$,

respectivamente). Aunque no hay diferencias estadísticamente significativas en la gravedad de los pacientes en función del lado del rostro paralizado (U de Mann-Whitney=256, $p=0,846$), sí se aprecia una tendencia a realizar una valoración subjetiva de mayor gravedad cuando el lado paralizado era el izquierdo. (Media de gravedad subjetiva en izquierdo=3,43, Media en derecho= 2,78; U de Mann-Whitney= 190,5, $p=0,090$).

Como se ve en la **tabla 5.31**, cuanto mayor era la capacidad de movimiento de los músculos frontales, del elevador común y del cigomático, menores eran los sentimientos negativos en relación a la apariencia física (menores puntuaciones en SIBID-S). Además, cuanto menor era la percepción de gravedad por el paciente, y mayor la capacidad de movimiento, los pacientes experimentaban menos limitaciones para realizar actividades sociales por problemas físicos o emocionales (Función Social). La valoración que hacían los pacientes sobre su estado de salud general no tenía relación significativa con la percepción acerca de la gravedad de la parálisis. La puntuación en Componente Mental, también se relaciona de forma positiva con la capacidad de movimiento de los músculos frontales.

Separando a los pacientes en función del sexo, encontramos que mientras que en las mujeres no hay relación entre la gravedad objetiva y subjetiva de la parálisis con las puntuaciones en disforia corporal, en el caso de los hombres, cuanto más capacidad de movimiento experimentaban, tenían menos sentimientos negativos debidos a su aspecto físico en diversas situaciones. Ello era independiente de la valoración que realizaban sobre la gravedad de la parálisis. En los hombres se observan relaciones entre la gravedad de la parálisis objetiva y subjetiva y las variables de calidad de vida. Los problemas en el trabajo y en otras actividades diarias debidos a dificultades físicas (Rol Físico) y emocionales (Rol emocional), así como el nivel de vitalidad experimentado, están en relación con su apreciación de gravedad, pero no con la capacidad de movimiento real, valorada por los especialistas.

La interferencia en las actividades sociales, se encontraba moderadamente relacionada con la percepción de gravedad y con el movimiento de los músculos frontales. Con el resto de los músculos faciales la relación estaba cercana a la significación estadística. Por otro lado, su nivel de angustia y depresión, estaba más asociado a la movilidad real de los músculos faciales que a la percepción de gravedad que ellos tienen. La valoración que realizan sobre su salud actual, no se relacionaba con la gravedad objetiva ni subjetiva de la parálisis facial. Cuando se controla estadísticamente la variable Salud Mental, las relaciones entre Función Social y la percepción de gravedad, pero especialmente con la capacidad de movimiento, disminuyen, tal y como se ve en la **tabla 5.32**. Es decir, las limitaciones experimentadas en los hombres a la hora de realizar actividades sociales eran mayores cuanto mayor era la gravedad de la parálisis; pero esa relación se vuelve prácticamente inexistente cuando controlamos la angustia y tristeza que experimentaban. En el caso de las mujeres, no hay relación entre el movimiento facial o la percepción de la gravedad con ninguna de las variables de calidad de vida.

	GRAVEDAD SUBJETIVA	% REGIÓN FRONTAL	% ORBICULAR OJO	% ELEVADOR COMÚN	% CIGOMÁTICO
FUNCIÓN FÍSICA	0,065	-0,017	0,032	0,054	0,041
ROL FÍSICO	-0,093	0,057	0,067	-0,005	0,020
DOLOR	-0,075	-0,076	-0,117	-0,071	-0,079
SALUD GENERAL	-0,065	0,247	0,261	0,198	0,195
VITALIDAD	-0,140	0,154	0,064	0,030	0,042
FUNCIÓN SOCIAL	-0,338*	0,302*	0,270	0,301*	0,310*
ROL EMOCIONAL	-0,222	0,262	0,156	0,222	0,246
SALUD MENTAL	-0,205	0,229	0,209	0,155	0,161
COMPONENTE FÍSICO	0,040	-,0057	-0,019	-0,048	-0,053
COMPONENTE MENTAL	-0,287	0,315*	0,232	0,240	0,257
SIBID-S	0,255	-0,392**	-0,242	-0,320*	-0,384**
SIBID-S SIN PESO	0,256	-0,392**	-0,254	-0,318*	-0,373*

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.31. Correlaciones de Pearson entre la percepción de gravedad, la capacidad de movimiento y las variables de calidad de vida y disforia corporal.

		GRAVEDAD SUBJETIVA	% REGIÓN FRONTAL	% ORBI- CULAR OJO	% ELEVADOR COMÚN	% CIGOMÁ TICO	FPRP
FUNCIÓN FÍSICA	Hombre	-0,027	-0,137	-0,079	0,086	-0,132	-0,158
	Mujer	0,192	-0,061	-0,083	0,004	-0,002	0,053
ROL FÍSICO	Hombre	-0,449*	0,085	0,149	-0,138	-0,089	-0,008
	H controlando SM	<i>-0,403</i>	-0,080	0,017	-0,302	-0,224	-0,158
	Mujer	0,216	0,001	-0,070	0,067	0,053	0,076
DOLOR	Hombre	-0,389	-0,181	-0,078	-0,060	-0,137	-0,101
	Mujer	0,192	-0,020	-0,205	-0,103	-0,071	-0,157
SALUD GENERAL	Hombre	-0,218	0,171	0,071	0,013	0,002	0,115
	Mujer	0,113	0,269	0,237	0,283	0,235	-0,319
VITALI- DAD	Hombre	-0,451*	0,034	-0,027	-0,223	-0,241	-0,177
	Mujer	0,140	0,182	-0,064	0,130	0,116	0,115
FUNCIÓN SOCIAL	Hombre	-0,624**	0,479*	<i>0,406</i>	0,389	<i>0,427</i>	0,354
	H controlando SM	-0,527*	0,185	0,100	0,144	0,226	0,072
	Mujer	-0,105	0,151	0,100	0,218	0,178	0,150
ROL EMOCIO- NAL	Hombre	-0,548*	0,427	0,378	0,359	0,375	<i>0,385</i>
	Mujer	0,051	0,116	-0,091	0,093	0,095	0,043
SALUD MENTAL	Hombre	-0,402	0,653**	0,613**	0,516*	0,471*	0,548**
	Mujer	-0,050	-0,025	-0,117	-0,082	-0,095	-0,041
COMPO- NENTE FÍSICO	Hombre	-0,247	-0,276	-0,191	-0,309	-0,347	-0,278
	Mujer	0,264	0,026	-0,021	0,071	0,063	0,085
COMPO- NENTE MENTAL	Hombre	-0,547*	0,577**	0,487*	0,433	0,445*	0,453*
	Mujer	-0,077	0,120	-0,037	0,083	0,066	0,055
SIBID-S	Hombre	0,336	-0,531*	-0,457*	-0,473*	-0,520*	-0,479*
	Mujer	0,168	-0,267	-0,046	-0,181	-0,250	-0,281
SIBID-S SIN PESO	Hombre	0,331	-0,539*	-0,466*	-0,475*	-0,516*	-0,475*
	Mujer	0,178	-0,264	-0,068	-0,178	-0,239	-0,282

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.32. Correlaciones de Pearson entre la percepción de gravedad, el FPRD y la calidad de vida y disforia corporal en función del sexo y correlación parcial controlando Salud Mental en los hombres (H controlando SM).

Teniendo en cuenta las puntuaciones de calidad de vida en la segunda valoración, encontramos que en las mujeres, la gravedad de la parálisis inicial, tendía a estar en relación con la interferencia percibida a los tres meses a la hora de realizar tareas cotidianas y laborales por la salud física (se rozaba la significación estadística). Las mujeres cuya parálisis era inicialmente más

grave (FPRP menor), a los tres meses experimentaban menos vitalidad, percibían una mayor interferencia en sus actividades sociales por problemas físicos o, y valoraban su salud como más negativa. En cuanto al FPRP a los tres meses, sólo tenía una relación negativa y cercana a la significación estadística con la Función Física. En el caso de los hombres, los que percibían al inicio que su parálisis era de mayor gravedad, a los tres meses se sentían más angustiados y tristes, y percibían más interferencia en las tareas cotidianas y laborales por problemas físicos o psicológicos. Los que inicialmente tenían un FPRP mayor, a los tres meses valoraban peor su salud y referían mayor interferencia en las actividades físicas cotidianas. La calidad de vida a los tres meses no se relacionaba con la capacidad de movimiento o la gravedad percibida en ese momento (**Tabla 5.33**).

		FPRP	GRAVEDAD SUBJETIVA	FPRP 3 meses	GRAVEDAD SUBJETIVA 3 meses
3MESES FUNCIÓN FÍSICA	Hombre	-0,601*	-0,255	-0,160	-0,108
	Mujer	0,133	0,250	<i>-0,396</i>	-0,038
3MESES ROL FÍSICO	Hombre	-0,170	-0,692*	0,371	-0,239
	Mujer	<i>0,396</i>	0,050	0,157	-0,064
3MESES DOLOR	Hombre	-0,408	-0,074	-0,165	-0,249
	Mujer	0,097	0,362	-0,172	0,051
3MESES SALUD GENERAL	Hombre	-0,587*	0,067	-0,135	-0,380
	Mujer	0,727**	-0,023	0,305	-0,362
3MESES VITALIDAD	Hombre	-0,397	-0,407	0,414	-0,032
	Mujer	0,540*	0,027	0,057	-0,372
3MESES FUNCIÓN SOCIAL	Hombre	-0,220	-0,119	-0,176	0,092
	Mujer	0,437*	-0,146	0,057	-0,285
3MESES ROL EMOCIONAL	Hombre	<i>-0,541</i>	-0,133	0,084	-0,148
	Mujer	0,201	-0,119	0,057	-0,297
3MESES SALUD MENTAL	Hombre	-0,191	-0,584*	0,375	0,165
	Mujer	0,172	0,024	0,224	0,021

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.33. Correlaciones de Spearman entre las puntuaciones en calidad de vida a los tres meses y la gravedad objetiva y subjetiva de la parálisis al inicio y a los tres meses.

Analizando los datos sobre bienestar (**Tabla 5.33**), se encuentra que en las mujeres con parálisis facial, la valoración que hacían sobre su salud estaba relacionada con el bienestar psicológico que experimentaban. Aquellas que más se aceptaban, experimentaban mayor bienestar psicológico, y se planteaban metas en la vida, mejor valoraban su propia salud. Sin alcanzar la significación estadística, también se aprecia una tendencia en los hombres con parálisis por la que aquellos con más vínculos de confianza tendían a percibir una menor gravedad de la parálisis. Sin embargo, al controlar estadísticamente el Perfil de Recuperación, dicha tendencia disminuye y se puede atribuir al azar (correlación parcial=-0,229, $p=0,345$).

Cuando se analizan por separado a los pacientes que padecían además de la parálisis facial alguna enfermedad crónica o limitante (asma, diabetes, trastornos del tiroides, problemas traumatológicos relevantes...), se encuentra que en ese grupo, no hay relaciones significativas entre la gravedad subjetiva o la salud general y la salud mental y el bienestar psicológico. En el resto de pacientes, los que consideraban tener una mejor salud, eran aquellos que experimentaban menos ansiedad y tristeza, que tenían un mayor bienestar psicológico (desde la perspectiva de Ryff), mayor aceptación de sí mismos, relaciones de confianza y metas en la vida, así como mayor satisfacción con su vida en general (**Tabla 5.33**).

Por otro lado, las variables de bienestar no tenían relación con la gravedad de la parálisis. Se ha encontrado una excepción en el caso de las relaciones positivas, donde existe una relación lineal positiva con la capacidad de movimiento pero sólo en los pacientes varones y permanecía pasados tres meses. Al controlar estadísticamente la función social, persistía la relación (ver **tablas 8.4-8.6** del anexo II).

		SALUD MENTAL	SATISFACCIÓN VITAL	BIENESTAR PSICOLÓGICO	AUTOACEPTACIÓN	RELACIONES POSITIVAS	PROPÓSITO EN LA VIDA
GRAVEDAD SUBJETIVA	Hombre	-0,402	-0,097	-0,264	-0,298	-0,424	-0,005
	Mujer	-0,050	-0,018	0,076	0,290	0,017	0,115
SALUD GENERAL	Hombre	0,168	0,365	0,181	0,229	0,255	0,217
	Mujer	0,317	0,101	0,417*	0,556**	0,127	0,460*
GRAVEDAD SUBJETIVA	Enfermedad N=10	-0,127	-0,185	-0,091	0,026	-0,479	-0,013
	Sólo parálisis	-0,192	-0,079	-0,096	-0,040	-0,161	-0,002
SALUD GENERAL	Enfermedad N=10	0,533	-0,499	0,078	0,108	0,012	0,108
	Sólo parálisis	0,545**	0,386*	0,485**	0,356*	0,363*	0,379*

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.33. Correlaciones de Pearson y Rho de Sperman (en las personas con otra enfermedad) entre la percepción de gravedad de la parálisis, la valoración de la propia salud, el dolor y variables de Salud Mental y bienestar psicológico.

Tomando a los pacientes que se situaban en el percentil 25 o por debajo en las puntuaciones de Autoaceptación (puntuación $\leq 4,25$) y a los situados por encima del percentil 75 (puntuación $\geq 5,5$) encontramos que en las personas con baja autoaceptación, cuanto mayor dificultad de movimiento facial presentaban, más interferencia percibían para realizar actividades sociales. También presentaban más dificultades en las actividades cotidianas por problemas emocionales cuanto más intensa consideraban que era la parálisis. En el grupo que puntuaba más alto en autoaceptación, no se ha encontrado relación entre la calidad de vida y la disforia en relación con el cuerpo con la gravedad subjetiva u objetiva de la parálisis (**Tabla 5.33**).

	< AUTOACEPTACIÓN		>AUTOACEPTACIÓN	
	GRAVEDAD SUBJETIVA	FPRP	GRAVEDAD SUBJETIVA	FPRP
GRAVEDAD SUBJETIVA	1,000	-0,501	1,000	-0,133
FPRP	-0,501	1,000	-0,133	1,000
FUNCION FISICA	0,354	0,000	-0,225	0,024
ROL FÍSICO	-0,192	0,130	0,080	-0,212
DOLOR	-0,059	0,237	-0,026	-0,343
SALUD GENERAL	0,371	-0,187	-0,192	0,062
VITALIDAD	-0,052	0,108	0,380	-0,495
FUNCIÓN SOCIAL	-0,557	0,691*	0,052	-0,329
ROL EMOCIONAL	-0,680*	0,500	0,433	-0,242
SALUD MENTAL	-0,127	0,148	0,410	0,031
SIBID-S	0,064	-0,392	-0,437	-0,225
SIBID-S SIN PESO	0,172	-0,409	-0,485	-0,240

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.33. Rho de Spearman entre la percepción de gravedad de la parálisis, el FPRP y las dimensiones de calidad de vida y disforia corporal en los pacientes según la Autoaceptación (puntuaciones \leq Pc25 y \geq Pc75).

Ambos grupos de pacientes no diferían en cuanto a gravedad objetiva ni subjetiva de la parálisis. Sin embargo, las personas con menor autoaceptación se sentían más tristes y angustiadas (Salud Mental), con menor vitalidad, menos satisfacción global con su vida y valoraban peor el estado de su salud (puntuaciones en Salud General) (**Tabla 5.34**).

	< AUTOACEPTACIÓN)		>AUTOACEPTACIÓN		U de Mann-Whitney
	Media	D.T.	Media	D.T.	
GRAVEDAD SUBJ.	2,82	1,168	2,55	0,688	53; p=0,598
FPRP	3,455	1,214	3,818	1,250	48; p=0,385
FUNCIÓN FÍSICA	81,818	27,044	95	6,708	47; p=0,340
ROL FÍSICO	60,227	39,752	64,205	38,638	55,5; p=0,736
DOLOR	57,364	25,351	61,091	34,422	55; p=0,716
SALUD GENERAL	58,727	27,594	80,364	19,966	27,5; p=0,03
VITALIDAD	45,455	25,325	70,455	16,557	23,5; p=0,014
FUNCIÓN SOCIAL	55,682	40,836	68,182	32,290	51; p=0,523
ROL MOCIONAL	62,121	31,921	78,030	27,455	42; p=0,209
SALUD MENTAL	51,818	24,421	70,455	20,791	31,5; p=0,056
SATISFACCIÓN VITAL	4,18	1,168	6,09	0,831	11; p=0,01
SIBID-S	1,419	0,806	0,936	0,812	41; p=0,200
SIBID-S SIN PESO	1,492	0,830	0,959	0,845	41; p=0,200

Tabla 5. 34. Medias, desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para las puntuaciones en gravedad de la parálisis, calidad de vida, satisfacción vital y disforia corporal en función del grado de autoaceptación.

5.4.3.- Relación entre las variables de calidad de vida y disforia corporal a lo largo del tiempo

Como se observa en las siguientes tablas (**5.35** y **5.36**), tanto a los tres como a los seis o más meses hay una correlación lineal positiva y significativa para la mayoría de las variables de calidad de vida, con las puntuaciones iniciales. Es decir, en general, cuanto mayor era la calidad de vida medida en las distintas subescalas en la evaluación inicial, mayor puntuación se obtuvo también posteriormente, siendo esta tendencia mucho más acusada para algunas variables que para otras, y disminuyendo a medida que pasó el tiempo. En el caso de la evaluación pasados seis meses o más, las correlaciones son moderadas y leves para todas las variables, salvo para la sensación y la limitación por el dolor, donde la leve correlación no llega a ser significativa. La relación con la puntuación inicial es más intensa en la valoración sobre la salud (Salud General) que en el resto de las variables.

	3MESES FUNCIÓN FÍSICA	3MESES ROL FÍSICO	3MESES DOLOR	3MESES SALUD GENERAL	3MESES VITA LI DAD	3MESES FUNCIÓN SOCIAL	3MESES ROL EMOCIO- NAL	3 MESES SALUD MENTAL
FUNCIÓN FÍSICA	0,683**	0,489**	0,618**	0,461**	0,366*	0,632**	0,302	0,352*
ROL FÍSICO	0,278	0,572**	0,618**	0,401*	0,473**	0,580**	0,442**	0,235
DOLOR	0,200	0,453**	0,509**	0,283	0,233	0,544**	0,085	0,118
SALUD GENERAL	0,455**	0,397*	0,442*	0,664**	0,446**	0,138	0,231	0,291
VITALI- DAD	0,343	0,554**	0,448**	0,472**	0,584**	0,283	0,267	0,533**
FUNCIÓN SOCIAL	0,000	0,454**	0,299	0,239	0,381*	0,357*	0,180	0,382*
ROL EMOCIO.	0,230	0,419*	0,233	0,196	0,520**	0,182	0,350*	0,421*
SALUD MENTAL	0,095	0,267	0,199	0,265	0,377*	0,064	0,246	0,572**

	3MESES COMPONENTE FÍSICO	3MESES COMPONENTE MENTAL
COMPONENTE FÍSICO	0,749**	0,204
COMPONENTE MENTAL	0,138	0,467**

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.35. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones iniciales en calidad de vida y las obtenidas a los tres meses.

	6MESES FUNCIÓN FÍSICA	6MESES ROL FÍSICO	6MESES DOLOR	6MESES SALUD GENERAL	6MESES VITALI DAD	6MESES FUNCIÓN SOCIAL	6MESES ROL EMOCION	6MESES SALUD MENTAL
FUNCIÓN FÍSICA	0,479**	0,309	0,315	0,485**	0,369*	0,491**	0,168	0,167
ROL FÍSICO	0,322	0,335*	0,088	0,372*	0,471**	0,458**	0,185	0,207
DOLOR	0,220	0,440**	0,276	0,365*	0,163	0,375*	0,102	0,004
SALUD GENERAL	0,240	0,110	0,320	0,718**	0,391*	0,352*	0,294	0,276
VITALIDAD	0,315	0,308	0,353*	0,505**	0,479**	0,342*	0,337*	0,368*
FUNCIÓN SOCIAL	0,222	0,180	-0,077	0,281	0,208	0,434**	-0,040	0,063
ROL EMOCION.	0,374*	0,233	0,113	0,278	0,583**	0,379*	0,374*	0,398*
SALUD MENTAL	0,159	-0,055	0,176	0,280	0,339*	0,088	0,182	0,550**

	6MESES COMPONENTE FÍSICO	6MESES COMPONENTE MENTAL
COMPONENTE FÍSICO	0,520**	0,158
COMPONENTE MENTAL	0,075	0,447**

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.36. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones iniciales en calidad de vida y las obtenidas a los seis o más meses.

En el caso de la disforia corporal, separando a los pacientes en función del sexo (**Tabla 5.37**), observamos que las mujeres que experimentaban más disforia en la primera valoración, tendían a sentirse también más incómodas con su aspecto físico a los tres meses, y a los seis o más meses (aunque entonces la tendencia era algo menor). En los hombres, había relación entre la disforia experimentada a los tres y a los seis o más meses, pero entre la primera valoración (cuando estaban más afectados de la parálisis) y las siguientes no se encontraron correlaciones significativas.

<u>HOMBRES</u>							
	SIBID-S	SIBID-S 3MESES	SIBID-S 6 MESES		SIBID-S SIN PESO	SIBID-S 3MESES SIN PESO	SIBID-S 6 MESES SIN PESO
SIBID-S	1	0,386	0,193	SIBID-S SIN PESO	1	0,435	0,247
SIBID-S 3MESES	0,386	1	0,826**	SIBID-S 3MESES SIN PESO	0,435	1	0,851**

<u>MUJERES</u>							
SIBID-S	1	0,797**	0,637**	SIBID-S SIN PESO	1	0,810**	0,623**
SIBID-S 3MESES	0,797**	1	0,907**	SIBID-S 3MESES SIN PESO	0,810**	1	0,901**

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.37. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones iniciales en disforia corporal y las obtenidas a los tres meses y a los seis o más meses.

5.4.4.- Relación entre el bienestar psicológico, la calidad de vida y disforia corporal

Muchas de las subescalas de la calidad de vida están relacionadas con las variables de bienestar psicológico, tanto en el grupo de pacientes como en el control. Es decir, tal y como se observa en las siguientes tablas (**5.38** y **5.39**), las personas que referían un mayor bienestar psicológico, eran también las que obtenían mejores puntuaciones en calidad de vida. La puntuación en Salud Mental, que valora sentimientos de felicidad o de desánimo, de calma o de ansiedad (a mayor puntuación, mejor salud mental), es una de las variables que más se relacionó con el bienestar psicológico. Asimismo está muy relacionada con el nivel de vitalidad experimentado, en especial en las mujeres (**Tabla 5.40**). A diferencia del grupo control, en el caso de los pacientes con parálisis, la salud mental no se relaciona con el nivel de dolor, pero sí existe una tendencia en los pacientes que se sienten más molestos por su aspecto físico, a sentirse también más angustiados. También el Componente Mental, al igual que la sensación de vitalidad, se relaciona con varias de las subescalas de bienestar.

En los pacientes, todas las variables utilizadas para medir el bienestar psicológico se relacionaban con la calidad de vida (**Tabla 5.38**) y el bienestar psicológico se relacionaba también con la satisfacción vital. Al analizar los resultados en función del sexo (**Tabla 5.40**), se observa que en las mujeres, la calidad de vida parece relacionarse más con el bienestar psicológico que en el caso de los hombres. En éstos, sólo la vitalidad experimentada se relaciona con la valoración que hacían de su vida, y la salud mental con el hecho de poseer relaciones interpersonales de confianza y con estar satisfecho con uno mismo. En el caso de las mujeres, se encuentran más relaciones: cuanto mayor era su autoaceptación menos sentimientos de angustia y depresión experimentaban. Lo mismo ocurría si encontraban metas en su vida, tenían relaciones de amistad de confianza, experimentaban mayor bienestar

psicológico general y estaban más satisfechos con su vida. Su percepción de salud, los problemas que encontraban en las actividades cotidianas debidos al estado emocional, su sensación de vitalidad e incluso el grado de dolor que sufrían, tenían relación con variables de bienestar psicológico.

En el grupo de personas sin parálisis, ni la satisfacción con la vida ni las relaciones positivas resultaron variables relevantes a la hora de relacionarlas con la calidad de vida (**Tabla 5.39**).

	SATISFACCIÓN VITAL	BIENESTAR	AUTOACEPTACIÓN	RELACIONES POSITIVAS	PROPÓSITO EN VIDA	SALUD MENTAL
FUNCION FISICA	0,084	0,191	0,184	-0,048	0,208	0,101
ROL FÍSICO	0,098	0,149	0,092	0,131	0,060	0,257
DOLOR	0,135	-0,055	0,065	-0,222	0,024	0,002
SALUD GENERAL	0,198	0,336*	0,345*	0,224	0,328*	0,442**
VITALIDAD	0,324*	0,543**	0,445**	0,321*	0,476**	0,691**
FUNCIÓN SOCIAL	0,209	0,324*	0,300	0,223	0,206	0,483**
ROL EMOCIONAL	0,083	0,435**	0,353*	0,418**	0,113	0,638**
SALUD MENTAL	0,431**	0,559**	0,396**	0,527**	0,312*	1
COMPONENTE FÍSICO	0,059	-0,030	0,048	-0,204	0,103	-0,115
COMPONENTE MENTAL	0,286	0,551**	0,419**	0,514**	0,280	0,898**
SIBID-S	-0,185	-0,414**	-0,257	-0,288	-0,379*	-0,343**
SIBID-S SIN PESO	-0,198	-0,426**	-0,277	-0,293	-0,372*	-0,373**
SATISFACCIÓN VITAL	1	0,537**	0,557**	0,338*	0,480**	0,431**

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.38. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones iniciales en calidad de vida, disforia corporal y las relacionadas con el bienestar psicológico en los pacientes.

	SATISFACCIÓN VITAL	BIENESTAR	AUTOACEPTACIÓN	RELACIONES POSITIVAS	PROPÓSITO EN LA VIDA	SALUD MENTAL
FUNCIÓN FÍSICA	-0,114	-0,038	-0,061	0,041	0,031	-0,042
ROL FÍSICO	-0,064	0,203	0,125	-0,047	0,271	0,168
DOLOR	-0,127	0,253	0,144	-0,081	0,165	0,336*
SALUD GENERAL	-0,093	0,381*	0,251	0,001	0,262	0,279
VITALIDAD	0,043	0,625**	0,443**	0,192	0,465**	0,529**
FUNCIÓN SOCIAL	0,210	0,281	0,251	0,138	0,179	0,409**
ROL EMOCIONAL	0,125	0,294	0,199	-0,145	0,285	0,545**
SALUD MENTAL	0,272	0,567**	0,428**	0,270	0,451**	1
COMPONENTE FÍSICO	-0,242	0,090	0,026	-0,080	0,080	-0,107
COMPONENTE MENTAL	0,278	0,554**	0,433**	0,159	0,446**	0,896**
SIBID-S	-0,210	-0,230	-0,178	-0,264	-0,258	-0,193
SIBID-S SIN PESO	-0,223	-0,261	-0,209	-0,259	-0,293*	-0,198
SATISFACCIÓN VITAL	1	0,435**	0,479**	0,343*	0,457**	0,272

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.39. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones iniciales en calidad de vida y las relacionadas con el bienestar psicológico en el grupo control.

		SATIS- FACCIÓN VITAL	BIENESTAR	AUTOACEPTA CIÓN	RELACIONES POSITIVAS	PROPÓSI- TO EN LA VIDA	SALUD MENTAL
FUNCIÓN FÍSICA	H	0,072	0,064	-0,119	-0,040	0,031	-0,333
	M	0,058	0,208	0,371	-0,171	0,307	-0,099
ROL FÍSICO	H	0,419	0,091	0,104	0,299	-0,121	0,221
	M	-0,123	0,155	0,098	-0,079	0,207	0,171
DOLOR	H	0,146	-0,043	-0,016	0,003	-0,139	-0,147
	M	0,113	-0,112	0,161	-0,492*	0,161	-0,031
SALUD GENERAL	H	0,365	0,181	0,229	0,255	0,217	0,168
	M	0,101	0,417*	0,556**	0,127	0,460*	0,317
VITALI- DAD	H	0,441*	0,333	0,406	0,165	0,265	0,335
	M	0,267	0,720**	0,617**	0,384	0,704**	0,717**
FUNCIÓN SOCIAL	H	0,234	0,305	0,369	0,366	0,150	0,554**
	M	0,173	0,302	0,287	0,048	0,258	0,358
ROL EMOCIO- NAL	H	0,152	0,226	0,387	0,357	-0,073	0,579**
	M	0,010	0,600**	0,365	0,436*	0,261	0,597**
SALUD MENTAL	H	0,387	0,422	0,565**	0,584**	0,135	1
	M	0,477*	0,689**	0,427*	0,515*	0,471*	1
COMPO- NENTE FÍSICO	H	0,282	-0,062	-0,130	-0,002	-0,074	-0,325
	M	-0,076	-0,074	0,202	-0,437*	0,212	0,252
COMPO- NENTE MENTAL	H	0,272	0,390	0,552*	0,467*	0,142	0,832**
	M	0,299	0,690**	0,423*	0,544**	0,411	0,907**
SIBID-S	H	-0,263	-0,494*	-0,492*	-0,465*	<i>-0,430</i>	-0,422
	M	-0,115	-0,326	-0,039	-0,106	-0,347	-0,291
SIBID-S SIN PESO	H	-0,267	-0,498*	-0,516*	-0,461*	-0,412	-0,448*
	M	-0,138	-0,349	-0,060	-0,126	-0,347	-0,339

H= Hombre, M= Mujer

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.40. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones iniciales en calidad de vida y la disforia corporal, y las relacionadas con el bienestar psicológico en los pacientes separándolos por sexo.

Como se ha observado en las tablas anteriores, la disforia corporal en los pacientes era menor cuanto mayor era el bienestar psicológico y el grado de propósito en la vida. En las personas sin parálisis, las relaciones eran también negativas pero más leves y sólo resultó significativa en el caso de la disforia tras eliminar los ítems relacionados con el peso corporal, y el propósito en la vida.

Por otro lado, los pacientes con mayor malestar por la imagen corporal tendían a sentirse más tristes y angustiados, con menor vitalidad (en el caso de las mujeres), y con mayor dificultad para realizar las actividades sociales. Esta última relación fue la única encontrada en el grupo control y era más intensa que en el caso de personas con parálisis (especialmente en los hombres). (**Tabla 5.41**)

	PACIENTES SIBID-S	GRUPO CONTROL SIBID-S		PACIENTES SIBID-S	GRUPO CONTROL SIBID-S
FUNCIÓN FÍSICA	-0,084	-0,035	Hombre	0,133	0,139
			Mujer	-0,081	0,031
ROL FÍSICO	-0,086	-0,061	Hombre	0,176	-0,314
			Mujer	-0,233	0,019
DOLOR	-0,002	0,097	Hombre	0,165	-0,112
			Mujer	-0,093	0,223
SALUD GENERAL	-0,252	-0,040	Hombre	-0,312	-0,281
			Mujer	-0,181	0,131
VITALIDAD	-0,339*	-0,040	Hombre	-0,164	-0,203
			Mujer	-0,426*	-0,062
FUNCIÓN SOCIAL	-0,318*	-0,418**	Hombre	-0,281	-0,502*
			Mujer	-0,312	-0,357
ROL EMOCIONAL	-0,221	-0,026	Hombre	-0,190	-0,266
			Mujer	-0,202	0,079
SALUD MENTAL	-0,343*	-0,193	Hombre	-0,422	-0,310
			Mujer	-0,291	-0,043

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.41. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones iniciales en calidad de vida y la disforia corporal en pacientes y grupo control.

En referencia a la relación entre el bienestar inicial y la calidad de vida pasados tres meses (**Tabla 5.42**), vemos que siguen existiendo relaciones lineales positivas y significativas. Una variable que cobra especial importancia es la de Propósito en la vida. La capacidad de establecer metas y objetivos en la vida, se relaciona moderadamente con mejores puntuaciones en calidad de vida pasados los tres meses.

	SATISFACCIÓN VITAL	BIENESTAR	AUTOACEPTACIÓN	RELACIONES POSITIVAS	PROPÓSITO EN LA VIDA
3MESES FUNCIÓN FÍSICA	-0,074	0,195	0,109	0,069	0,296
3MESES ROL FÍSICO	0,275	0,347	0,470**	-0,025	0,563**
3MESES DOLOR	0,168	0,162	0,200	-0,206	0,398*
3MESES SALUD GENERAL	0,268	0,099	0,153	-0,199	0,441*
3MESES VITALIDAD	0,084	0,461*	0,385*	0,274	0,492**
3MESES FUNCIÓN SOCIAL	0,052	0,158	0,137	-0,122	0,310
3MESES ROL EMOCIONAL	-0,115	0,139	0,156	0,069	0,145
3MESES SALUD MENTAL	0,462**	0,630**	0,617**	0,414*	0,594**
3MESES COMPONENTE FÍSICO	0,145	0,150	0,201	-0,218	0,464*
3MESES COMPONENTE MENTAL	0,177	0,478**	0,438*	0,315	0,434*

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.42. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones en calidad de vida a los tres meses y las relacionadas con el bienestar psicológico.

En la tercera valoración, las relaciones entre el bienestar psicológico inicial y la calidad de vida fueron menores (**Tabla 5.43**). Aún así, persisten

algunas relaciones significativas y moderadas: por ejemplo, las personas que mejor se valoraban a sí mismas, que se marcaban objetivos para su vida y que, en definitiva, experimentaban un mayor bienestar psicológico en la evaluación inicial, eran también las que puntuaron más alto en Salud Mental pasados un mínimo de seis meses. La actitud positiva hacia uno mismo y el tener metas en la vida, se relacionaban también con valorar la propia salud de un modo más favorable.

	SATISFACCIÓN VITAL	BIENESTAR	AUTOACEP- TACIÓN	RELACIONES POSITIVAS	PROPÓSITO EN LA VIDA
6MESES FUNCIÓN FÍSICA	-0,054	0,220	0,210	<i>0,318</i>	0,052
6MESES ROL FÍSICO	-0,045	0,112	0,114	-0,032	0,084
6MESES DOLOR	0,145	0,176	0,159	0,075	0,111
6MESES SALUD GENERAL	0,250	0,266	0,348*	0,045	0,478**
6MESES VITALIDAD	-0,097	0,369*	0,307	<i>0,340</i>	0,041
6MESES FUNCIÓN SOCIAL	-0,008	0,123	0,278	0,137	0,145
6MESES ROL EMOCIONAL	-0,190	0,229	0,144	0,252	0,012
6MESES SALUD MENTAL	0,267	0,445**	0,500**	0,388*	0,235
6MESES COMPONENTE FÍSICO	0,066	0,140	0,153	0,024	0,177
6MESES COMPONENTE MENTAL	0,020	0,372*	0,403*	0,368*	0,137

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.43. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones en calidad de vida a los seis meses o más y las relacionadas con el bienestar psicológico.

5.5.- EVOLUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES A LO LARGO DEL TIEMPO

5.5.1.- Evolución de la parálisis facial

La percepción de gravedad de la parálisis que tenían los pacientes disminuyó de forma abrupta entre la evaluación inicial y la que se realizó a los tres meses, pasando de estar en la calificación de "parálisis moderada" a estar entre "parálisis inexistente" y "leve". Después de un mínimo de seis meses, la valoración estaba cercana a la anterior, si bien había disminuido levemente la gravedad. De un modo similar, el Perfil de Recuperación de la Parálisis (FPRP) mejoró sensiblemente a los tres meses, estando muy próximo a 10 en las últimas valoraciones. El 17,14% de los pacientes presentaba en ese momento sincinesias o contracturas, y la gravedad subjetiva de la parálisis valorada por los pacientes pasados un mínimo de seis meses, era mayor cuando éstas estaban presentes (U de Mann-Whitney= 28,5; $p=0,001$).

	INICIO		3 MESES		6 MESES O MÁS	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
GRAVEDAD SUBJETIVA	3,11	1,159	1,63	0,793	1,47	0,910
% MOVIMIENTO REGIÓN FRONTAL	41,196	26,670	94,686	13,966	97,419	11,752
% MOVIMIENTO ORBICULAR OJO	53,152	18,480	91,781	13,497	98,709	4,076
% MOVIMIENTO MÚSCULO ELEVADOR DEL LABIO	28,283	22,976	90	22,504	95,807	16,233
% MOVIMIENTO CIGOMÁTICO	28,044	24,776	88,125	22,134	94,032	16,554
FPRP	3,326	1,266	9,563	1,216	9,871	0,718

Tabla 5.44. Medias y desviaciones típicas (D.T.) de la gravedad percibida por los pacientes y del porcentaje de movimiento valorado por los especialistas a los largo del tiempo

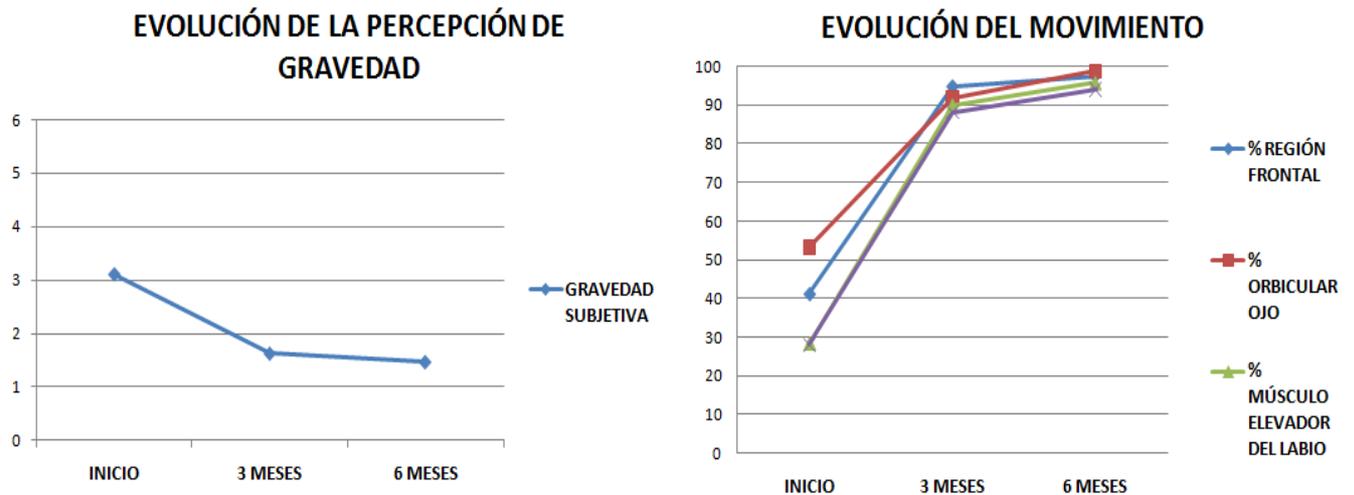


Gráfico 5.6. Evolución de la percepción de gravedad y de la capacidad de movimiento de los músculos faciales.

5.5.2.- Evolución de la calidad de vida

Para valorar la evolución en todas las variables de calidad de vida se han analizado las puntuaciones de las personas que realizaron las tres evaluaciones (n=29). Cuando se ha considerado aclaratorio, se han repetido los análisis con las puntuaciones de todos los pacientes, aunque no hubieran completado las tres valoraciones, de forma que había 46 valoraciones al inicio, 33 a los 3 meses y 36 pasados más de 6 meses.

No se encontraron diferencias en las limitaciones que experimentaban los pacientes en sus tareas cotidianas debido a la salud física (Función Física) a través del tiempo. Tampoco hubo cambios en las dificultades en el trabajo o tareas cotidianas por la salud física (Rol Físico) (**Tabla 5.45**). Sin embargo, cuando se observan las puntuaciones medias de esta segunda variable, sí que se aprecian diferencias, mejorando el Rol Físico a medida que pasa el tiempo. Para comprobar esa apreciación, se decidió analizar las diferencias al inicio y a los tres meses, al inicio y a los seis meses, y a los tres meses y seis o más meses (**Tabla 5.46**). Entre las dos primeras valoraciones las puntuaciones

mejoraron de modo que las diferencias rozaban la significación estadística. Ésta se alcanza en las diferencias entre la evaluación inicial y los seis meses.

	Media	DT	Chi-cuadrado (2)	Sig.
FUNCIÓN FÍSICA	85,345	18,848	0,4	0,819
3 MESES FUNCIÓN FÍSICA	84,655	20,956		
6 MESES FUNCIÓN FÍSICA	84,655	17,214		
ROL FÍSICO	64,224	34,431	3,393	0,183
3MESES ROL FÍSICO	74,785	30,958		
6MESES ROL FÍSICO	79,095	23,282		

Tabla 5.45. Medias, desviaciones típicas y pruebas de Friedman para las puntuaciones de los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más (N=29) en Función y Rol Físico.

	3MESES ROL FÍSICO - ROL FÍSICO	6MESES ROL FÍSICO - ROL FÍSICO	6MESES ROL FÍSICO - 3MESES ROL FÍSICO
Z	-1,799	-2,227	-0,793
Sig. (bilateral)	0,072	0,026*	0,428

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.46. Prueba de Wilcoxon para las puntuaciones de los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más (n=29) en Rol Físico.

A lo largo del tiempo, hubo cambios en el nivel de dolor que experimentaban los pacientes y en las limitaciones debidas a él. Las puntuaciones a los tres meses son más elevadas que al inicio, indicando un menor dolor. Pasados seis meses o más, vuelven a descender, aunque no al nivel inicial (**Tabla 5.47**). Las diferencias entre las puntuaciones iniciales y pasados más de seis meses no alcanzan la significación estadística (**Tabla 5.48**). Si realizamos las mismas comparaciones con todos los pacientes que contestaron inicialmente aunque no realizaran las tres evaluaciones, se obtienen resultados muy similares, si bien, se aprecia una mayor diferencia

cercana a la significación entre las puntuaciones al inicio y a los seis meses, que en los 29 pacientes que completaron las tres evaluaciones (**Tabla 5.49**).

	Media	DT	Chi-cuadrado (2)	Sig.
DOLOR CORPORAL	54,966	28,194	10,33	0,006 **
3MESES DOLOR	72,241	27,353		
6MESES DOLOR	64,828	28,704		

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.47. Medias, desviaciones típicas y prueba de Friedman para las puntuaciones de los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más (N=29) en Dolor corporal.

	3 MESES DOLOR-DOLOR	6MESES DOLOR-DOLOR	6MESES DOLOR-3MESES DOLOR
Z	-2,746	-1,506	-1,409
Sig. (bilateral)	0,006**	0,132	0,159

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.48. Prueba de Wilcoxon para las puntuaciones de los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más (n=29) en Dolor corporal.

	N	Media	D.T.		3 MESES DOLOR-DOLOR	6MESES DOLOR-3MESES DOLOR	6MESES DOLOR-DOLOR
DOLOR CORPORAL	46	59,891	27,735	Z	-3,019	-1,409	-1,740
3MESES DOLOR	33	73,333	26,754				
6MESES DOLOR	36	68,694	29,184				
				Sig.	0,003**	0,159	<i>0,082</i>

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.49. Descriptivos y test de Wilcoxon para las puntuaciones de los pacientes al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más, aunque no hubieran realizado las tres valoraciones, en Dolor corporal.

La valoración de la propia salud (Salud General) mejoró ligeramente entre el inicio y la evaluación a los tres meses; pero cuando realmente se

produce una diferencia es entre la segunda y la tercera valoración. Eso mismo se aprecia cuando se analizan en los tres momentos las puntuaciones de todos los pacientes (independientemente de que realizaran o no tres evaluaciones). (Tablas 5.50 y 5.51)

	Media	D.T.	Chi-cuadrado	Sig
SALUD GENERAL	61,828	25,428	9,107	0,011*
3MESES SALUD GENERAL	64,689	20,164		
6MESES SALUD GENERAL	71,621	22,331		

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.50. Medias, desviaciones típicas y prueba de Friedman para las puntuaciones de los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más (N=29) en Salud General.

	N	Media	Desv. típ.
SALUD GENERAL	46	62,957	24,907
3MESES SALUD GENERAL	33	66,212	20,025
6MESES SALUD GENERAL	36	71,944	21,938

	3MESES SALUD GENERAL - SALUD GENERAL	6MESES SALUD GENERAL- SALUD GENERAL	6MESES SALUD GENERAL- 3MESES SALUD GENERAL
Z	-1,280	-2,963	-2,704
Sig. asintót.	0,201	0,003 **	0,007**

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.51. Descriptivos y test de Wilcoxon para las puntuaciones de todos los pacientes en Salud General aunque no hubieran realizado las tres valoraciones, en Dolor corporal.

En la variable Vitalidad, a pesar de que las puntuaciones se incrementaron en cada evaluación, las diferencias entre ellas no fueron significativas.

	VITALIDAD		3MESES VITALIDAD		6MESES VITALIDAD		ANOVA	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	F(2)	Eta al cuadrado parcial
EVOLUCIÓN	56,682	22,838	60,991	24,416	64,224	23,617	1,971	0,066

Tabla 5.52. Medias, desviaciones típicas y ANOVA de medidas repetidas para los efectos del tiempo en la variable Vitalidad.

A medida que avanzó el tiempo, los pacientes experimentaron menos interferencia para realizar actividades sociales por problemas físicos o emocionales. Se aprecia que hay diferencias entre las puntuaciones iniciales y las obtenidas pasados seis meses o más (**Tabla 5.53**). Los resultados son similares al utilizar las puntuaciones de todos los pacientes aunque no realizaran las tres evaluaciones (**Tabla 5.54**).

	Media	D.T.	Chi-cuadrado (2)	Sig
FUNCIÓN SOCIAL	67,241	31,766	5,136	0,077
3MESES FUNCIÓN SOCIAL	76,724	25,382		
6MESES FUNCIÓN SOCIAL	81,466	23,769		

	3MESES FUNCIÓN SOCIAL - FUNCIÓN SOCIAL	6MESES FUNCIÓN SOCIAL - FUNCIÓN SOCIAL	6MESES FUNCIÓN SOCIAL - 3MESES FUNCIÓN SOCIAL
Z	-1,307	-2,506	-1,404
Sig. asintót.	0,191	0,012*	0,160

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.53. Medias, desviaciones típicas y prueba de Friedman para las diferencias de puntuaciones de los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más (N=29) en Función Social.

	N	Media	DT
FUNCIÓN SOCIAL	46	67,391	31,122
3MESES FUNCIÓN SOCIAL	33	77,651	24,953
6MESES FUNCIÓN SOCIAL	36	80,556	25,954

	3MESES FUNCIÓN SOCIAL - FUNCIÓN SOCIAL	6MESES FUNCIÓN SOCIAL - FUNCIÓN SOCIAL	6MESES FUNCIÓN SOCIAL - 3MESES FUNCIÓN SOCIAL
Z	-1,546	-2,697	-1,404
Sig. asintót. (bilateral)	0,122	0,007**	0,160

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.54. Descriptivos y test de Wilcoxon para las puntuaciones de todos los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más en Función Social.

En los tres meses posteriores a la primera evaluación, los problemas que experimentaban los pacientes en el trabajo y en otras actividades diarias debido a dificultades emocionales, disminuyeron de forma significativa. Después, las puntuaciones en Rol Emocional siguieron mejorando pero de una forma muy leve (**Tabla 5.55 y 5.56**).

	Media	D.T.	Chi-cuadrado (2)	Sig.
ROL EMOCIONAL	70,978	27,784	7,714	0,021*
3MESES ROL EMOCIONAL	81,897	20,901		
6MESES ROL EMOCIONAL	85,919	19,301		

*p<0,05

Tabla 5.55. Medias, desviaciones típicas y prueba de Friedman para las diferencias de puntuaciones de los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más (n=29) en Rol Emocional.

	N	Media	D.T.
ROL EMOCIONAL	46	73,188	27,994
3MESES ROL EMOCIONAL	33	84,091	20,451
6MESES ROL EMOCIONAL	36	85,417	18,189

	3MESES ROL EMOCIONAL - ROL EMOCIONAL	6MESES ROL EMOCIONAL - ROL EMOCIONAL	6MESES ROL EMOCIONAL - 3MESES ROL EMOCIONAL
Z	-2,595	-2,536	-1,036
Sig. asintót.	0,009**	0,011*	0,300

*p<0,05, **p<0,01

Tabla 5.56. N° de personas, media, desviaciones típicas y test de Wilcoxon para las puntuaciones de todos los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más en Rol Emocional.

En la variable Salud Mental se encontraron diferencias a lo largo del tiempo. Fue entre la primera y la segunda valoración (a los tres meses) cuando se produjeron los cambios más relevantes. (**Tablas 5.57 y 5.58**)

	SALUD MENTAL		3MESES SALUD MENTAL		6MESES SALUD MENTAL		ANOVA	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	F	Et al cuadrado parcial
EVOLUCIÓN	57,759	20,770	70,172	15,782	71,897	16,925	12,883**	0,315

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.57. Medias, desviaciones típicas y ANOVA de medidas repetidas para los efectos del tiempo en la variable Salud Mental.

	N	Media	D.T.
SALUD MENTAL	46	60,544	20,796
3MESES SALUD MENTAL	33	70,758	16,869
6MESES SALUD MENTAL	36	70,833	16,882

	3MESES SALUD MENTAL - SALUD MENTAL	6MESES SALUD MENTAL - SALUD MENTAL	6MESES SALUD MENTAL - 3MESES SALUD MENTAL
Z	-3,567	-3,382	-1,054
Sig.	0,000**	0,001*	0,292

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.58. N° de personas, media, desviaciones típicas y test de Wilcoxon para las puntuaciones de todos los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más en Salud Mental.

En el Componente Físico, las puntuaciones permanecieron muy similares a lo largo del tiempo, sin experimentar cambios significativos (**Tabla 5.59**). En el Componente Mental, se aprecia un aumento significativo de las puntuaciones en las tres evaluaciones (**Tabla 5.60**). En las comparaciones por pares, se encuentra que las diferencias residen entre la evaluación inicial y los tres meses ($p=0,03$), y entre la evaluación inicial y la última ($p=0,002$), no existiendo cambios entre la segunda y la tercera evaluación ($p=0,445$).

	Media	DT	Chi-cuadrado (2)	Sig.
COMPONENTE FÍSICO	48,227	10,185	1,103	0,576
3MESES COMPONENTE FÍSICO	49,726	10,036		
6MESES COMPONENTE FÍSICO	49,605	7,415		

Tabla 5.59. Medias, desviaciones típicas y prueba de Friedman para las diferencias de puntuaciones de los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más ($n=29$) en Componente Físico.

	COMPONENTE MENTAL		3MESES COMPONENTE MENTAL		6MESES COMPONENTE MENTAL		ANOVA	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT.	F(2)	Eta al cuadrado parcial
EVOLUCIÓN	41,194	12,985	47,245	8,870	49,512	9,635	9,415**	0,252

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 5.60. Medias, desviaciones típicas y ANOVA para los efectos del tiempo en la variable Componente Mental.

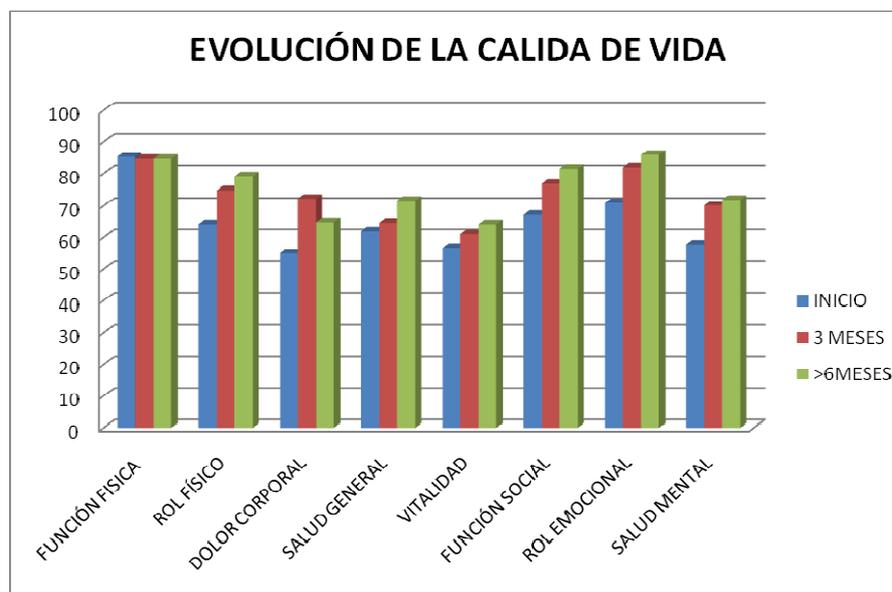


Gráfico 5.6. Evolución de la calidad de vida en los pacientes.

Analizando por separado a los hombres y a las mujeres, encontramos diferentes evoluciones. En las pacientes, las puntuaciones en Rol Físico mejoran según va pasando el tiempo, de forma que la discrepancia existente entre las iniciales y las obtenidas pasados más de seis meses rozan la significación estadística ($p=0,055$); el dolor experimentado disminuye (por tanto la puntuación aumenta) entre la evaluación inicial y los tres meses para retornar después a un nivel similar al inicial. La valoración de su salud mejora a medida que pasan los meses. Respecto a la interferencia que experimentan

en las actividades sociales, decrece (por tanto aumenta la puntuación en Función Social) sobre todo en los tres primeros meses aunque después siguen mejorando las puntuaciones. Las limitaciones experimentadas por problemas emocionales son mucho mayores al inicio que a los tres meses, y la mejoría se incrementa más pasado seis o más meses. Referían menos sentimientos de angustia y de depresión a partir de los tres meses, habiendo mejorado significativamente su Salud Mental. En los hombres, sin embargo, el único cambio significativo se produjo en el dolor que experimentaban, que disminuyó significativamente a los tres meses y se mantuvo estable con posterioridad. (Ver **tablas 8.7-8.10** del anexo II y **gráficos 5.7 y 5.8**)

Realizando los mismos análisis con los pacientes aunque no hubieran completado las tres evaluaciones, se obtienen resultados muy similares. Como dato discrepante, se aprecia una mejora de la Salud Mental de los hombres a los tres meses ($Z=-2,015$, $p=0,044$), que desaparece en la siguiente valoración. En las mujeres, la disminución de los problemas en el trabajo u otras actividades debidos a la salud física, entre la valoración inicial y los seis o más meses era estadísticamente significativa ($Z=-2,264$, $p=0,024$).

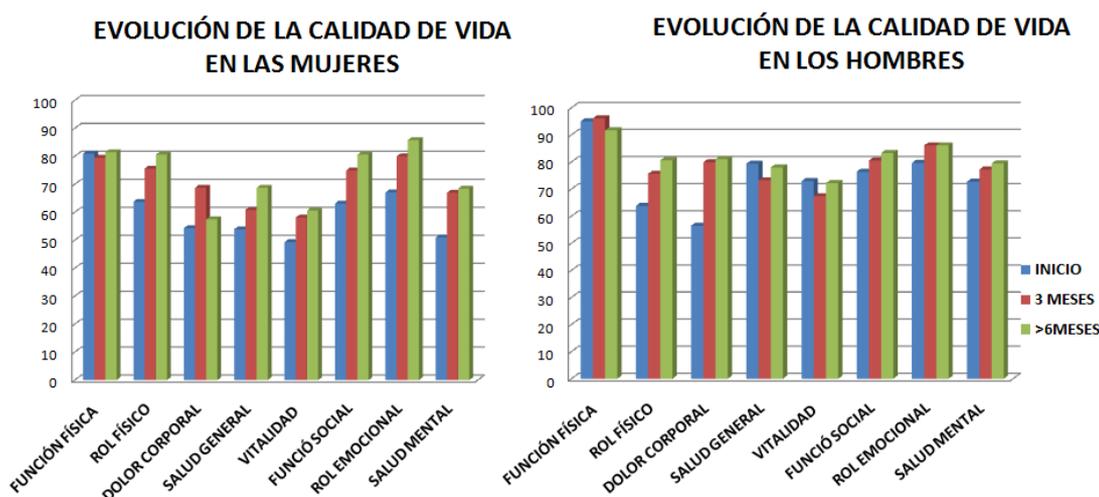


Gráfico 5.7. Evolución de la calidad de vida separados sexo.

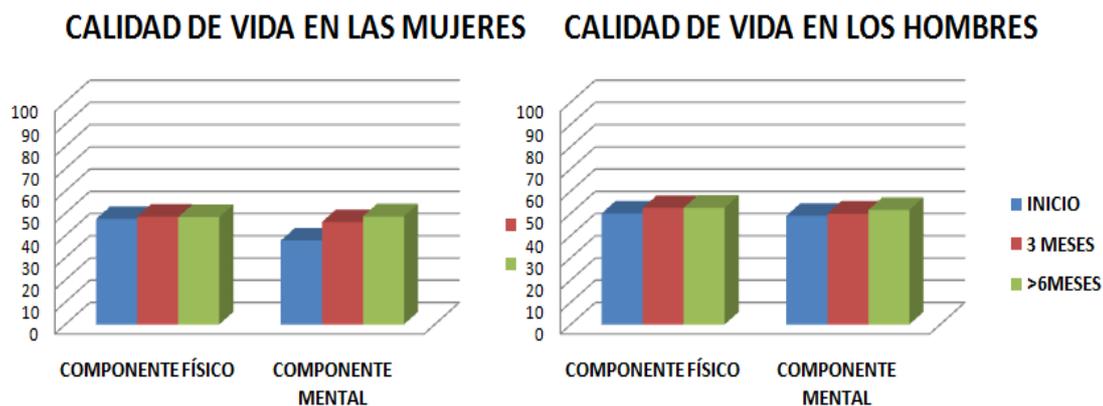


Gráfico 5.8. Evolución de la calidad de vida (Componente Físico y Mental) separados sexo.

Teniendo en cuenta las variaciones que han existido a lo largo del tiempo en la calidad de vida de los pacientes, se ha comprobado si sus puntuaciones pasados seis o más meses diferían de las que obtuvo el grupo control (ver **tablas 8.11** y **8.12** del anexo II). En las pacientes mujeres, aunque las medias obtenidas fueron menores en todas las variables de calidad de vida, sólo diferían significativamente ($p=0,011$ en la prueba de Mann-Whitney) en la Función Física, pues se sentían más limitadas para realizar actividades físicas incluidas las cotidianas. Pasados un mínimo de seis meses, en los hombres, la única diferencia significativa que se encontró, fue que los pacientes referían una mayor interferencia que los que no habían sido diagnosticados de parálisis a la hora de realizar actividades sociales habituales debido a problemas físicos o emocionales ($p=0,016$). Como dato relativo a la homogeneidad de los grupos comparados, aunque los pacientes hombres que realizaron la tercera valoración no diferían de los controles en la edad (U de Mann-Whitney=119, $p=0,657$), entre las mujeres del grupo control y las pacientes que realizaron la última evaluación había diferencias cercanas a la significación estadística (U de Mann-Whitney=268, $p=0,062$), siendo mayores las pacientes.

5.5.3- Evolución de la disforia corporal

Las puntuaciones en disforia corporal valorada por el SIBID-S se mantuvieron muy estables a lo largo del tiempo (**Tablas 5.61 y 5.62 y Gráfico 5.9**). Realizando los análisis de hombres y mujeres por separado, tampoco se obtuvieron diferencias ($X^2=1,355$ y $p=0,508$ para SIBID-S, $X^2=2,387$, $p=0,303$ para SIBID-S sin los ítems acerca del peso en los hombres; y $X^2=2,657$, $p=0,265$ para SIBID-S, $X^2=2,941$ y $p=0,23$ para SIBID-S sin los ítems acerca del peso, en las mujeres).

	Media	DT	Chi-cuadrado (2)	Sig
SIBID-S	1,071	0,806	0,535	0,765
3 MESES SIBID-S	1,063	0,850		
6 MESES SIBID-S	1,046	0,869		

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tabla 5.61. Medias y desviaciones típicas en el SIBID-S de los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más. Prueba de Friedman para las diferencias entre las puntuaciones a lo largo del tiempo.

	Media	DT	Chi-cuadrado (2)	Sig
SIBID-S SIN PESO	1,059	0,831	0,545	0,761
3 MESES SIBID-S SIN PESO	0,994	0,858		
6 MESES SIBID-S SIN PESO	1,009	0,872		

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tabla 5.62. Medias y desviaciones típicas en el SIBID-S sin los ítems de peso de los pacientes con parálisis al inicio, a los tres meses y a los seis meses o más. Prueba de Friedman para las diferencias entre las puntuaciones a lo largo del tiempo.

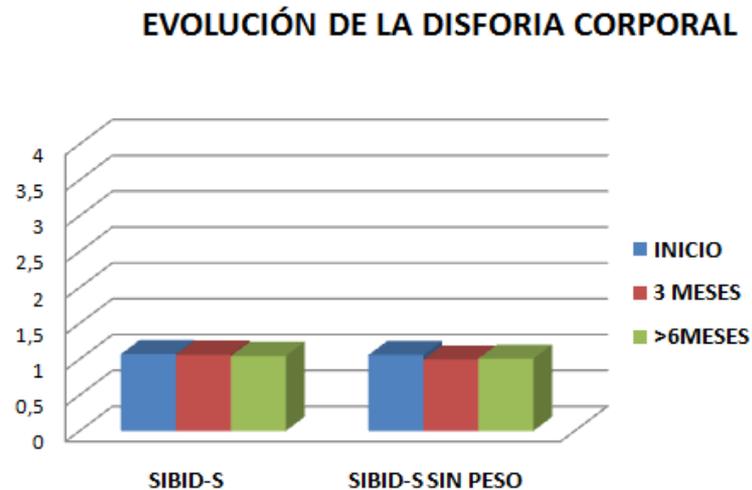


Gráfico 5.9. Evolución de la disforia en relación con la apariencia física.

5.5.4.- Evolución del bienestar psicológico

Se ha analizado la estabilidad del bienestar psicológico de los pacientes tras 6 meses o más desde el diagnóstico de la parálisis. No se han encontrado diferencias en ninguna de las variables de bienestar psicológico, tomando en conjunto al grupo de pacientes que completó las tres evaluaciones, ni tomando a los que contestaron las valoración inicial y la última (n=36). (Ver **tablas 8.13** y **8.14** del anexo II)

Analizando los datos de hombres y mujeres por separado, se encuentra un leve incremento del bienestar psicológico en las mujeres ($p=0,016$) y un leve descenso en los hombres ($p=0,05$). (Ver **tablas 8.15** y **8.16** del anexo II)

5.6.- PREDICCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Teniendo en cuenta la relación positiva existente entre la calidad de vida y las variables de bienestar psicológico, se ha buscado la posibilidad de predecir las variables de calidad de vida pasados tres meses y seis o más

meses, en base a esas variables. Se omitirán los resultados donde las variables no pueden ser predichas por ninguna variable propuesta.

5.6.1 Predicción a los tres meses

A continuación se resumen los datos de las regresiones realizadas para comprobar si se puede predecir variables de la calidad de vida a los tres meses, basándonos en las puntuaciones iniciales y en su bienestar inicial.

El 40% de la varianza de las puntuaciones que hacen referencia a los problemas para realizar actividades diarias por la salud física pasados tres meses (Rol Físico a los tres meses), viene explicado por el grado en que las personas fueron capaces de dar un significado a los acontecimientos de su vida y fijarse metas (Propósito en la vida) y por las puntuaciones iniciales en Rol Físico.

Variable	R ² corregida	β	t	Significación	Correlaciones		
					Orden cero	Parcial	Semiparcial
PROPÓSITO	0,292 ^a	0,445	2,895	0,008	0,563	0,494	0,422
ROL FÍSICO	0,404	0,379	2,466	0,021	0,518	0,435	0,360

^a R2 corregida en el modelo 1 (Predictora: Propósito)

Tabla 5.63. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Rol Físico a los 3 meses.

También en el caso del dolor experimentado a los tres meses y las limitaciones asociadas (Dolor corporal a los tres meses), las puntuaciones en Propósito en la vida, así como el dolor inicial resultaron predictoras.

Variable	R ² corregida	β	t	Significación	Correlaciones		
					Orden cero	Parcial	Semiparcial
DOLOR	0,233 ^a	0,510	3,345	0,003	0,510	0,549	0,503
	0,366						
PROPÓSITO		0,389	2,588	0,016	0,398	0,453	0,389

^a R² corregida en el modelo 1 (Predictora: Dolor inicial)

Tabla 5.64. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente Dolor a los 3 meses.

El bienestar psicológico general en la primera valoración, explica el 40% de las puntuaciones en Salud Mental a los tres meses (R^2 corregida= 0,397, β =0,630, $t = 4,293$ y $p < 0,001$). Y esa misma variable, Bienestar psicológico, es también predictora, aunque en menor medida del Componente Mental a los tres meses (R^2 corregida= 0,228, $\beta = 0,478$, $t = 2,877$ y $p = 0,008$).

En el caso del Componente Físico a los tres meses, la ecuación de regresión tiene como predictoras a la variable Componente Físico inicial y a Propósito en la vida, explicando ambas variables el 67% de la varianza.

Variable	R ² corregida	β	t	Significación	Correlaciones		
					Orden cero	Parcial	Semiparcial
COMPONENTE FÍSICO	0,564 ^a	0,687	5,991	0,000	0,751	0,762	0,675
	0,670						
PROPÓSITO		0,332	2,894	0,008	0,464	0,494	0,326

^a R² corregida en el modelo 1 (Predictora: Componente Físico)

Tabla 5.65. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Componente Físico a los 3 meses.

A los tres meses, la interferencia provocada por problemas físicos o emocionales en las actividades sociales (Función Social a los tres meses) y las dificultades en las actividades diarias debidas al malestar emocional (Rol emocional a los tres meses), no pudieron predecirse en base a las puntuaciones iniciales en esas variables, ni con las puntuaciones de bienestar inicial.

El 46% de la varianza de las limitaciones experimentadas a los tres meses en las actividades físicas debidas a la salud (Función Física a los tres meses) puede predecirse a partir de la puntuación inicial (R^2 corregida=0,467, $\beta= 0,683$, $t= 5,211$ y $p<0,000$). Del mismo modo, la variable predictora de la sensación de vitalidad a los tres meses, fue la vitalidad inicial (R^2 corregida=0,292, $\beta= 0,540$, $t= 3, 337$ y $p=0,002$). La valoración que realizaban acerca de su salud a los tres meses podía predecirse en función de la valoración inicial (R^2 corregida=0,337 $\beta= 0,581$, $t= 3, 708$ y $p=0,001$). Sin contar con la puntuación inicial en Salud General como variable predictora, el propósito en la vida explicaba 19,5% de la varianza de la valoración de la propia salud a los 3 meses (R^2 corregida=0,195 $\beta= 0,441$, $t= 2, 554$ y $p=0,017$).

5.6.2 Predicción a los seis meses ó más

En el caso de la Salud General a los seis meses, encontramos que la valoración que hacían inicialmente los pacientes de su propia salud (Salud General inicial) y la medida en la que encontraban objetivos que perseguir en su vida (puntuación obtenida en Propósito de vida), explicaban más de un 50% de la varianza (**Tabla 5.66**).

Variable	R ² corregida	β	t	Significación	Correlaciones		
					Orden cero	Parcial	Semiparcial
SALUD GENERAL	0,459 ^a	0,601	4,700	0,000	0,690	0,651	0,572
PROPÓSITO EN LA VIDA	0,526		2,310	0,028	0,478	0,389	0,281

^a R² corregida en el modelo 1 (Predictora: Salud General)

Tabla 5.66. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Salud General a los 6 meses

En la variable Salud Mental a los seis meses, las puntuaciones obtenidas al inicio, junto con la valoración positiva de uno mismo (Autoaceptación) podían predecir el 40% de la varianza.

Variable	R ² corregida	β	t	Significación	Correlaciones		
					Orden cero	Parcial	Semiparcial
SALUD MENTAL	0,278 ^a	0,419	2,867	0,008	0,527	0,464	0,401
AUTOACEPTACIÓN	0,412	0,382	2,612	0,014	0,500	0,430	0,366

^a R² corregida en el modelo 1 (Predictora: Salud Mental)

Tabla 5.67. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Salud Mental a los 6 meses

La presencia de limitaciones a los seis o más meses para llevar a cabo actividades físicas (Función Física a los seis meses) podía predecirse, en parte, tomando las puntuaciones en esa variable en la primera valoración. Se obtuvo una R² corregida= 0,207; β =0,479; t=3,184 y p=0,003. No se incluyeron otras posibles variables predictoras porque no existía relación lineal

significativa entre la Función Física a los seis meses y las puntuaciones iniciales en las dimensiones de bienestar psicológico.

Una pequeña parte de las varianzas de la sensación de vitalidad y del grado de interferencia en las actividades sociales por problemas emocionales o físicos, que tenían las personas pasados un mínimo de seis meses, podría explicarse por las puntuaciones obtenidas en esas variables al inicio. Se ha obtenido una R^2 corregida= 0,168, β = 0,409, t = 2,499 y p =0,018 tomando como variable dependiente la variable Vitalidad a los seis meses y como predictora Vitalidad al inicio. En el caso de Función Social a los seis meses, una R^2 corregida= 0,146, β =0,415, t = 2,543 y p = 0,016 tomando como predictora a Función Social inicial. En el Componente Físico a los seis meses, el 24% de la varianza podría predecirse por las puntuaciones obtenidas al inicio (R^2 corregida= 0,238; β = 0,512, t = 3,315 y p =0,02). Las puntuaciones iniciales en Autoaceptación, pueden explicar el 16% de la varianza del Componente Mental a los seis meses (R^2 corregida= 0,162, β =0,403, t = 2,45 y p =0,02).

Pasados seis o más meses, ni los problemas debidos a la salud física o al malestar emocional en el trabajo u otras actividades (Rol Físico y Rol Emocional a los seis meses), ni el dolor que experimentaban los pacientes y las limitaciones debidas a éste (Dolor corporal a los seis meses) pudieron ser predichos por otras variables. De ese modo, las puntuaciones en esas variables obtenidas en la valoración inicial, no podían predecir cómo estarían las personas en esas áreas pasados un mínimo de seis meses.

VI.- DISCUSIÓN

VI.- DISCUSIÓN

La PB está dentro de los trastornos médicos que provocan alteraciones en la apariencia corporal. El cuerpo forma una parte importante de quiénes somos y así lo recogen los estudios clásicos sobre la identidad. William James a finales del s. XIX realizó un estudio psicológico del *self* que hoy constituye un marco de referencia para muchos estudiosos de la identidad y del desarrollo de la misma. El autor distinguía entre el Yo o *Ego* puro, que haría referencia al yo como agente de la experiencia, como conocedor; y el Mí o Yo empírico, donde uno mismo es el objeto de conocimiento. El *I* o *Ego* incluiría la experiencia subjetiva de ser un individuo integrado y él mismo a través de las distintas situaciones y del tiempo. Incluiría las nociones de unicidad, sentido de agencia, o de que uno es el autor de sus propios actos, coherencia, continuidad a lo largo del tiempo y la autoconciencia. Sería el agente responsable de construir al Mí. Dentro del Yo empírico, situaría el yo material, cuya parte central es el cuerpo, pero también incluiría nuestras propiedades; el yo social, en referencia a lo que somos para los demás, la reputación, la fama, etc.; y el yo espiritual, núcleo de nuestros pensamientos, disposiciones, juicios morales, etc.⁷⁸. Además, los sentimientos que provocan esos “*selfs*” o “*yoes*”, la autoestima, el autoconcepto, etc., estarían también incluidos en el Yo empírico.

Como señala Ávila-Espada⁹⁹, existe una primacía de las experiencias corporales en los precursores de la organización del *self*. Algunas de las primeras acciones que realizamos al nacer, tales como chupar, o sensaciones como el hambre o la activación, van permitiendo al bebé experimentar por sí mismo cuáles son los estados y los límites de su cuerpo y del ambiente. Las primeras imágenes del sentido de sí mismo son una especie de “*self*-corporal”. Éste, será la base sobre la que después se organizará la imagen corporal, que a lo largo de toda la vida, será uno de

los aspectos más importantes de la experiencia del sí mismo, y guardará una relación estrecha y recíproca con la autoestima.

Dentro del cuerpo, el rostro presenta una importancia especial. Nos reconocemos a partir del rostro y, a través de él, podemos comunicarnos con los demás. Cuando entre los 18 meses y los 2 años de edad el niño puede reconocerse en el espejo, es señal de que posee una representación cognitiva del *self* (de sí mismo). El reconocimiento de su rostro estaría en la base del reconocimiento de él mismo, lo que le permitirá sentir emociones como el orgullo y la vergüenza, señalando que la persona ya ha tomado contacto tanto con su propio *self* como con el reconocimiento que surge del otro⁹⁸. Es por ello que ese periodo de desarrollo coincide con el inicio del uso del pronombre "yo"¹⁰⁰. El rostro representa un aspecto importante en la individualidad y, a través de él, los humanos vamos también conociendo aspectos del otro¹⁰¹. Algunos autores¹⁰² han descrito cómo los bebés aprenderían acerca de las emociones imitando los gestos faciales. De ese modo, podrían acercarse a experimentar lo que sienten los demás.

La PB está posiblemente causada por la reactivación del VHS y a menudo tiene un buen pronóstico funcional. Aún así, como se ha descrito en el párrafo anterior, afecta a una parte del cuerpo especialmente delicada desde el punto de vista psicológico. En este trabajo, se ha estudiado la calidad de vida y la disforia corporal de las personas con PB. El concepto de calidad de vida, valorado con la escala SF-36v2, se ha entendido como la valoración que hacían los propios pacientes sobre diversos aspectos de su vida tales como su salud general, su capacidad para realizar diversas actividades cotidianas, el grado de interferencia experimentado en su trabajo o en su día a día, así como en su existencia social debido a problemas de salud física o emocional y a su estado emocional en sí. Otras variables que también formarían parte de un concepto más amplio y completo de calidad de vida, se han valorado midiendo el bienestar

psicológico de los pacientes. Resulta improbable que las cuestiones relativas a éste se vieran inicialmente influidas por la parálisis facial, ya que hacen referencia a aspectos relativamente estables de su vida que difícilmente pueden variar en unos días o escasas semanas (que es el tiempo transcurrido entre la aparición de la parálisis y la valoración). Por ello, aún siendo conscientes de que la percepción del paciente sobre su posición en determinadas facetas psicológicas (su satisfacción con la vida, su autoaceptación, etc) forma parte de la calidad de vida de la persona, al discutir este concepto no se hará referencia a ellas, sino que serán tratadas de forma independiente. El otro aspecto central en esta tesis es la disforia corporal, que se refiere a las emociones negativas causadas por el aspecto físico. A través de los resultados obtenidos en calidad de vida y en la disforia corporal, se pretende conocer si este trastorno ha podido afectar de algún modo al sentido de sí mismos de los pacientes (especialmente a la vivencia de su corporalidad y a su *self* social), y qué aspectos de sí pueden resultar protectores en estas circunstancias. Como se verá en los subapartados siguientes, se ha tomado en especial consideración la perspectiva del paciente. Por otro lado, dada la gran cantidad de variables investigadas en este trabajo las hemos vertebrado para su comentario en una serie de ejes principales, a saber: la valoración de la gravedad de la parálisis, calidad de vida, afectación de la parálisis en la interacción social, hipótesis del feedback facial, disforia corporal y PB, bienestar en los pacientes con PB y propuestas en la atención de los pacientes con parálisis.

Valoración de la gravedad de la parálisis

En el estudio de la PB desde una óptica biopsicosocial, parece necesario tener en cuenta la estimación de los afectados sobre la intensidad de su dolencia, al margen de la opinión de los especialistas. Se ha encontrado una coincidencia entre la valoración de gravedad de los médicos y de los pacientes. Poco después del diagnóstico, los pacientes

consideraban su parálisis moderada, mientras que el grado medio de recuperación de la parálisis (medido mediante el Facial Paralysis Recovery Profile, FPRP) estaba en torno al 3,3 (siendo 10 el valor máximo). Podría decirse que los pacientes tendían a ser optimistas en relación a su valoración. A los tres meses y pasados más de seis, los pacientes consideraban que la parálisis era entre leve e inexistente y el FPRP medio en esos periodos era de 9,6 y el 9,9, respectivamente. Basándonos en la posibilidad de realizar movimientos, en este trabajo no parece que los clínicos consideraran menos grave la dolencia que los propios enfermos a diferencia de lo que ocurre en otros estudios⁴⁷.

En el presente trabajo, la correlación entre la capacidad de movimiento y la valoración de la gravedad de la parálisis por el propio paciente, era mayor cuando habían pasado tres meses desde la evaluación inicial. Esto está en consonancia con los resultados de una reciente investigación¹⁰³ con 29 pacientes con parálisis facial periférica (21 de ellos con PB) que llevaban una media de 5,9 sesiones de rehabilitación (incluyendo la evaluación, orientación y prescripción de ejercicios delante del espejo). La autovaloración del enfermo se basaba tanto en la estimación de cómo se movía su rostro, como en la evaluación de la cara en reposo. Y la apreciación del clínico se basaba tanto en la capacidad de movimiento, como en la valoración en reposo y la presencia de sincinesias. Existía relación entre la opinión del paciente y la del clínico, pero esta correlación no era significativa en el caso de las personas que llevaban menos de tres sesiones. Es posible que el aumento de acuerdo entre los médicos y los afectados de una parálisis facial pasado un tiempo, sea el resultado de un proceso gradual hacia una autopercepción más precisa por parte de los pacientes. Para explicar los resultados del trabajo que nos ocupa, podemos aludir a otra posibilidad complementaria por la que, en la valoración inicial que hacían los pacientes, un factor de importancia para ellos fuera la

simetría o asimetría del rostro en reposo y, de ahí, la relación tan sólo moderada con la capacidad de movimiento.

Como se ha dicho previamente, el acuerdo entre la percepción del clínico y la del paciente aumentaba a los tres meses, pero volvía a disminuir después de los seis o más. Pasado ese tiempo, a excepción de un caso con muy mala evolución, ninguno de los sujetos obtuvo una capacidad de movimiento inferior al 90% en ninguno de los grupos musculares. Esa escasa variabilidad, puede explicar la correlación leve entre la valoración profesional y personal. Cuando no hay mucha afectación en el movimiento, es más fácil que entren en juego otros factores a la hora de valorar la parálisis. Así mismo, en la tercera evaluación, eran varios los pacientes que presentaban contracturas y sincinesias, habiendo diferencias en su valoración de gravedad en función de ellas.

Por otro lado, el modo en que los pacientes percibían su salud era independiente de la intensidad de la parálisis y de cómo ellos la consideraban. En el caso de los hombres, es posible que percibieran este trastorno como algo molesto y desfigurante, más que como una condición que determinara su estado de salud. Resulta llamativa la correlación negativa encontrada entre la salud percibida a los tres meses, la función física y la capacidad de movimiento facial en el momento del diagnóstico. A la hora de interpretar estos resultados es preciso tener en cuenta la reducida variabilidad de las puntuaciones de la función física en los hombres a los tres meses. Excepto dos de ellos, los demás obtuvieron la puntuación máxima en esta variable, con lo que la relación encontrada con el FPRP inicial, a pesar de ser significativa, parece carecer de contenido. La variabilidad es mayor en el caso de la salud percibida. Para poder entender mejor lo que ocurre, sería bueno confirmar los resultados con una muestra más amplia de varones. En las mujeres la valoración de la salud era peor en las enfermas que en las controles. Y pasados tres meses, las pacientes con

PB valoraban mejor su salud cuanto menos grave se había presentado la parálisis. Por ello, resulta coherente pensar que en las mujeres, al inicio, la parálisis tendría un impacto en cómo pensaban que era su salud independientemente de la gravedad del proceso agudo sobrevenido. El matiz de una mayor o menor capacidad de movimiento sería incorporado a su concepto de salud más adelante, pudiendo percibirse a los tres meses.

Calidad de vida

En los párrafos siguientes se analizarán los resultados obtenidos en esta tesis en relación a la calidad de vida, cotejándolos con la información que se conocía hasta la fecha tanto sobre la parálisis facial como sobre otros trastornos. También se describirán los aspectos que en nuestros datos han aparecido relacionados con factores pronósticos de la adaptación a la parálisis.

Cuando comparamos en una primera aproximación los valores obtenidos en este estudio en las dimensiones de calidad de vida con los resultados de otros trabajos realizados en nuestro país con diferentes muestras, encontramos que en el grupo de participantes sin parálisis, las puntuaciones son similares en la mayoría de las dimensiones a las medias poblacionales, y superiores en algunas medidas como la Función Física. En los individuos con parálisis, mientras que algunas variables como el grado en que la salud física limita tareas físicas como el autocuidado, caminar, etc., (Función Física) o la percepción que tienen sobre su salud son muy similares a las de las medias poblacionales españolas¹⁰⁴, en otras muchas dimensiones, referían una peor calidad de vida. Destaca especialmente la importante interferencia en las relaciones sociales debido a problemas físicos o emocionales. En efecto, la Función Social, es inferior a la que experimentaban enfermos crónicos con asma o reflujo esofágico^{105,106} y cercana (aunque también inferior) a la de los pacientes con insuficiencia

renal crónica¹⁰⁷. La reducción de la actividad social en pacientes con parálisis facial, así como en otras personas con una desfiguración del rostro, ha sido descrita en diferentes artículos^{48,53}. El nivel de dolor de las personas con PB era similar al expresado por los sujetos con insuficiencia renal, y la valoración de la Salud Mental es similar a la de las personas con reflujo esofágico, presentando esta población más problemas de ansiedad y depresión que la población general¹⁰⁴ (**Tabla 6.1**). Si nos fijamos en las puntuaciones de los pacientes a los seis meses (ver **Tabla 6.1**), se observa cómo alcanzan los valores poblacionales en muchas dimensiones. Aún se perciben diferencias en la variable de dolor y en la función social, dimensión donde persistían las discrepancias con el grupo de controles en el caso de los hombres.

	PARÁLISIS DE BELL (46)	PARÁLISIS DE BELL 6 MESES (36)	POBLACIÓN ESPAÑOLA ¹⁰⁴ (9.151)	CON-TROLES (47)	REFLUJO ESOFÁGICO ¹⁰⁵ (169)	ASMA ¹⁰⁶ (219)	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ¹⁰⁷ (306)
	43,39 años 54,3% mujeres	46,2 años 66,7% mujeres	42, 5 años 51,8% mujeres	40 años 66% mujeres	59,8 años 68,6% mujeres	46 años 65,2% mujeres	62,6 años 48% mujeres
Media (Desviación típica)							
FUNCIÓN FÍSICA	87 (19,3)	85,7 (18,59)	84,7 (24)	95,4 (6,8)	66,6 (26,9)	71,4 (25,3)	59,7 (31,1)
ROL FÍSICO	67,4 (33,5)	81,3 (23,9)	83,2 (35,2)	90,7 (13,9)	62,0 (34,5)	71,2 (42,1)	58,1 (33,2)
DOLOR	59, 9 (27,7)	68,7 (29,2)	79 (27,9)	78,8 (19,3)	48,7 (32,1)	69,2 (29,9)	56,1 (30,9)
SALUD GENERAL	63 (24,9)	71,9 (21,9)	68,3 (22,3)	73,4 (18,3)	55,6 (14,6)	50,4 (24,0)	40,7 (19,3)
VITALIDAD	59 (22,4)	64,2 (22,5)	66,9 (22,1)	66,2 (14, 7)	49,1 (27,3)	58,5 (24,8)	48,6 (26,7)
FUNCIÓN SOCIAL	67,4 (31,1)	80, 6 (26)	90,1 (20)	91,8 (14,3)	75,2 (31,8)	78,2 (27,7)	70,7 (30,3)
ROL EMOCIONAL	73,2 (27,9)	85,4 (18,2)	86,6 (30,1)	89,2 (15,6)	76,8 (30,4)	80,0 (37,0)	73,1 (30,7)
SALUD MENTAL	60,5 (20,8)	70,8 (16,9)	73,3 (20,1)	76,5 (13,6)	58,0 (26,4)	64,0 (24,4)	64,7 (22,8)

Tabla 6.1. Calidad de vida (SF-36) en diferentes muestras de pacientes. La primera, segunda y cuarta columnas contienen datos pertenecientes a este trabajo.

Comparando las puntuaciones de hombres y mujeres con PB con los estudios poblacionales (ver **tabla 8.17** del anexo III), se puede ver que los hombres con parálisis referían mayor interferencia por la salud física y por los problemas emocionales en el trabajo o actividades cotidianas (puntuación de 75 frente a 87,2 en la población española), y especialmente en las actividades sociales (puntuación de 76,7 frente a 92,5 en la población española), así como mayor dolor (puntuación de 63,9 frente a 84 en la población española)¹⁰⁴. En las demás dimensiones las puntuaciones eran semejantes o incluso superiores, como en Función Física. En el caso de las mujeres, a pesar de no percibirse diferencias en la interferencia en las actividades físicas, en el resto de las variables puntúan por debajo de las medias poblacionales, siendo especialmente destacable el caso de la Función Social (puntuación de 59,5 frente a 87,9 en la población española) donde aparentemente las diferencias son mucho mayores que en el caso de los hombres. Esto, por otra parte también ocurre en la mayor parte de las dimensiones¹⁰⁴.

Estas comparaciones guardan similitud con los datos que hemos obtenido en este trabajo al contrastar las puntuaciones de los controles con las de los participantes con parálisis: en líneas generales, se observaba que las pacientes tenían una mayor afectación de la calidad de vida que los hombres; y en éstos, la interferencia en las actividades sociales cobraba especial relevancia. Al igual que en la serie con población general española, las mujeres con parálisis puntuaban más bajo que los varones en la mayoría de dimensiones, existiendo menos diferencias en función del sexo en el grupo de participantes sin parálisis.

En relación a las dificultades psicológicas, aunque en algunos trabajos se han encontrado niveles elevados de malestar psicológico en personas con parálisis facial¹⁰⁸, otros, sin embargo, no han hallado niveles elevados de depresión o ansiedad en personas con parálisis del rostro o que

habían sido intervenidas por un neuroma acústico (siendo la parálisis uno de los posibles efectos secundarios)^{109,110}. En esta investigación, las puntuaciones en Salud Mental eran bajas en el caso de las mujeres, lo que indicaba sentimientos de angustia y depresión. En las enfermas, a diferencia de lo que ocurría en los participantes del grupo masculino, no se encontró relación entre la intensidad de la parálisis valorada por los médicos o por ellas mismas, y los niveles de angustia o depresión. Esto está en la línea de publicaciones en donde no encontraron asociaciones entre la gravedad de la parálisis o desfiguración y el sufrimiento psicológico, o esta relación dependía de otras variables psicológicas como la percepción de autoeficacia^{86,88,91,108,111,112}.

Tampoco existía relación entre la capacidad de movimiento y los problemas que encontraban en el trabajo o tareas cotidianas debidos a su salud. Pero en los hombres sí se apreciaba una relación moderada por la que aquellos que valoraban su parálisis como más intensa, percibían también más interferencia. Cuando se controlaron estadísticamente los síntomas psicológicos, esta asociación permanecía, aunque más atenuada. No se han reproducido los resultados obtenidos por otros autores, en los que los síntomas psicológicos moderaban la relación entre la disfunción motora del rostro y la discapacidad física⁵⁰.

La relativa independencia (especialmente en las mujeres) entre el grado de parálisis y la calidad de vida parece existir sólo al inicio. Pasados tres meses, las que tenían menos capacidad de movimiento en el momento del diagnóstico, se sentían menos vitales, tendían a percibir que su salud física o mental interfería más en las actividades interpersonales habituales y consideraban que su salud interfería más en su trabajo o tareas cotidianas que aquellas con una parálisis inicialmente más leve, y ello independientemente de la evolución clínica que tuvieran. En el caso de los varones, como ya se ha comentado, el grado de gravedad de la parálisis

percibido se relacionaba con la interferencia que sentían para realizar actividades cotidianas y laborales, y seguía relacionándose a los tres meses. Además, los que pensaban inicialmente que su parálisis era más grave, se sentían menos felices y tranquilos a los tres meses, independientemente de cómo valoraran la intensidad de la parálisis en ese momento.

De la presente investigación se puede concluir que las personas que han recibido recientemente un diagnóstico de PB tienen una calidad de vida disminuida y comparable a la que presentan pacientes con enfermedades crónicas como el asma o reflujo esofágico, aunque el área relativa a la realización de actividades físicas no se encuentra deteriorada. En cuanto a la interpretación de las menores puntuaciones de las pacientes en la dimensión Función Física pasados seis o más meses en relación a los controles, conviene ser precavidos, ya que las pacientes obtienen, sin embargo, puntuaciones muy similares a las de los valores poblacionales. Ello genera una cierta controversia en la afirmación de que las mujeres que fueron diagnosticadas de PB hace más de seis meses experimenten más interferencia en las actividades físicas que la población general.

La calidad de vida de los individuos con PB mejora a lo largo del tiempo, especialmente en el caso de las mujeres, que son quienes la tienen más reducida. Pero valorando conjuntamente a los controles y los valores normativos poblacionales, se observa que en los hombres, persiste pasado el tiempo, un grado mayor de interferencia social. Y eso ocurre a pesar de que en la mayoría de los casos la función facial se situaba rozando el máximo posible. Esto concuerda con los resultados obtenidos por Guntinas-Lichius et al. en 2007¹¹³, donde después de ser sometidos a cirugía con resultados satisfactorios, los pacientes con lesiones en el nervio facial seguían puntuando bajo en calidad de vida.

Con referencia a los factores que influyen en nuestra serie en una peor calidad de vida tras un diagnóstico de parálisis facial encontramos, como hemos comentado previamente, el pertenecer al género femenino (con algún matiz, como el de la persistencia en el tiempo de la interferencia social, que se da en los hombres). En relación con la edad, se halló una tendencia moderada por la cual la interferencia en las actividades sociales era mayor cuanto más jóvenes fueran las pacientes; en los hombres, cuanto mayores eran más vitales se sentían. Así considerada, la edad resultó un factor protector en algunos aspectos, a diferencia de los resultados obtenidos por Guntinas-Lichius et al.¹¹³. En las personas del grupo control no existía relación entre la edad y la calidad de vida. Por otro lado, vimos que las variables de bienestar psicológico parecen resultar protectoras y por ese motivo serán comentadas más adelante. En la literatura consultada, obtuvimos datos coincidentes con los nuestros: algunos de los parámetros citados, a menudo relacionados con un mayor sufrimiento psicológico tras sufrir una parálisis, son el sexo femenino y la juventud^{66,87,112}.

No podemos saber si en la disminución de la calidad de vida de los pacientes pudieron incidir factores previos a la aparición de la parálisis, al menos en algunas personas. Esta opción podría ser posible en función de los datos que se comentan a continuación. Sabemos que el 4,6% de ellos relacionaba la ocurrencia de estrés psicosocial con la aparición de la parálisis; y que otros, a pesar de no relacionarlo, habían vivido sucesos recientes que claramente implicaban cambios y estrés (una intervención quirúrgica, partos, deterioros de su salud no relacionados con la parálisis, etc.). De ese modo, por lo menos un 21,7% de las personas analizadas había experimentado recientemente o estaba experimentando un periodo estresante en su vida, en el momento en que se produjo la parálisis.

Afectación de la parálisis en la interacción social

A la hora de explicar el impacto de la PB en la calidad de vida, en especial en las dimensiones más psicosociales, habría que recordar que este trastorno tiene un gran impacto en la percepción que tienen los demás sobre los pacientes y en la función expresiva de su rostro. Es posible que parte de las interferencias que presentan en el ámbito social tengan que ver en parte con estos aspectos, por lo que se tratarán a continuación más pormenorizadamente.

Según los trabajos consultados, los rostros asimétricos o con parálisis se consideran menos atractivos que los que no tienen esta anomalía^{56, 114} y, mientras que habitualmente la sonrisa incrementa el atractivo del rostro en las personas sanas, eso no ocurre en las que padecen parálisis facial (aunque tampoco lo disminuye, a pesar del incremento de la asimetría)¹¹⁴. Cuando el 60% de los rostros sanos con una expresión neutral fueron clasificados en un estudio como positivos o neutros, y el 98% de las caras sonrientes como positivas, en el caso de los rostros con parálisis facial unilateral, se juzgó que expresaban afecto negativo el 73% cuando estaban en reposo, y el 69% cuando estaban sonriendo¹¹⁵. En efecto, como se describió en la introducción, hay evidencia de conductas de evitación o rechazo hacia las personas con desfiguraciones faciales. Además, cuando la apariencia se aleja de lo cotidiano, también puede producir curiosidad. En el caso de la parálisis facial, como de la que trata la presente investigación, un estudio inglés del año 2006 que incluyó pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente por este motivo¹⁰⁹, arrojaba el dato de que el 90% de ellos, refirió haber recibido preguntas intrusivas por parte de conocidos o extraños sobre su condición. Entre estos pacientes, más de la mitad refirieron haberse sentido molestos por esta razón¹⁰⁹.

La PB afecta a la capacidad comunicativa del rostro, ya que involucra músculos implicados en la expresión de emociones. De hecho, se ha visto que los motivos principales referidos por los pacientes para explicar las dificultades en la expresión emocional eran las sincinesias y la capacidad reducida de movimiento⁴⁸. Así, los pacientes que se consideraban como ineficaces a la hora de expresar al menos una de las seis emociones básicas, presentaban más sincinesias en la expresión de alegría y menos movimientos faciales en la expresión de sorpresa y tristeza⁴⁸. En concreto, dentro de los músculos valorados en la parálisis facial por los especialistas, encontramos que los músculos frontales estarían implicados en la expresión de sorpresa y de miedo; el elevador de los labios en el asco y el desprecio; el cigomático en la alegría, al igual que el músculo orbicular de los ojos. Valorando esto, se podría hipotetizar que la PB, afectaría más a la capacidad de expresar emociones como la alegría que la parálisis facial de origen central, donde los músculos superiores del rostro no se ven comprometidos.

Puesto que la incapacidad para sonreír y expresar emociones es uno de los aspectos que produce más malestar en las personas con parálisis¹⁰⁹, se va a profundizar un poco más en este apartado en el valor comunicativo de la sonrisa, al tiempo que se analizan con más detalle los resultados de este trabajo en relación con este tema. Al observar la relación encontrada entre la capacidad para elevar la comisura de los labios (movimiento implicado en la sonrisa) y la percepción de gravedad que tenían los pacientes sobre la parálisis, vemos que en nuestra muestra, la asociación era similar a la existente con los otros movimientos faciales evaluados. Incluso a los tres y seis meses, fue el movimiento menos relacionado con la gravedad subjetiva. Sin embargo, como se verá en los párrafos siguientes, la elevación de las comisuras de los labios no es el único factor implicado en la sonrisa.

Ya desde hace décadas se realiza una distinción entre la llamada sonrisa de Duchenne, que involucra tanto a los músculos cigomáticos de la boca como los orbiculares de los ojos; y la sonrisa forzada, en la que sólo intervienen los primeros. La sonrisa de Duchenne ha mostrado tener un valor social. En efecto, las diferencias entre la sonrisa verdadera espontánea y otras sonrisas realizadas de forma deliberada, proporcionan una fuente accesible de información para regular la interacción social y, de hecho, las personas son capaces de diferenciar ambas sonrisas tanto de modo consciente como implícito¹¹⁶. En un experimento se ha evidenciado que el tipo de sonrisa tiene impacto a la hora de juzgar a las personas en términos de generosidad y extroversión. La diferencia entre rostros neutrales y sonrientes en diferentes atributos de personalidad era mayor cuando existía una sonrisa de Duchenne que con otro tipo de sonrisa, aunque ese efecto parecía restringido a los rostros de hombres¹¹⁶. A pesar de estos datos relativos a la sonrisa de Duchenne, los pacientes de nuestra investigación no daban una importancia especialmente destacada a la capacidad para mover los músculos orbiculares de los ojos a la hora de valorar la gravedad de la parálisis.

Otra de las variables que han sido estudiadas en las investigaciones acerca de la sonrisa y la expresividad facial tiene que ver con la asimetría, de especial trascendencia para nuestra tesis. En nuestros resultados se ha podido comprobar una tendencia (que no alcanzaba la significación estadística) por la cual, las personas con una parálisis izquierda valoraban el trastorno como más grave que aquellas con el lado derecho paralizado. Se ha sugerido que las sonrisas artificiales son más asimétricas, estando el lado derecho de la boca más alto que el izquierdo¹¹⁸, pero la evidencia respecto a la asimetría facial de las sonrisas voluntarias no siempre se ha encontrado¹¹⁹. El análisis computadorizado de imágenes tridimensionales, ha revelado que las emociones se expresan más claramente con el lado izquierdo de la cara que con el derecho, lo que podría explicarse por la

supuesta dominancia del hemisferio derecho en la expresión de emociones¹²⁰ y por el hecho de que los músculos de la parte baja del rostro están controlados predominantemente por el hemisferio contralateral¹²¹. Las asimetrías son mayores cuando las emociones son negativas que cuando son positivas, pues en ese último caso no existen diferencias hemifaciales aparentes¹²², siendo estos datos coherentes con los encontrados en diversas publicaciones^{120,123,124}. Teniendo en cuenta todo ello, si la parte izquierda de la cara está más implicada en la expresión emocional, por lo menos en la zona baja de rostro, los pacientes con ese lado paralizado podrían haber percibido una mayor dificultad en la expresión de emociones, lo que explicaría la tendencia a valorar su parálisis como más intensa.

Adicionalmente, dos experimentos de los últimos años muestran que cuanto más simétricas eran las sonrisas, eran juzgadas por los observadores como más auténticas y reflejo de sentimientos positivos¹²⁵, y que la simetría se relacionaba también con más probabilidades de que un observador decidiera realizar acciones de cooperación con la otra persona. Algunos autores han teorizado con que las expresiones faciales han servido para detectar las motivaciones altruistas, como señal para decidir cooperar o no con otras personas, habiéndose comprobado la hipótesis experimentalmente¹²⁶. Las personas con parálisis facial muestran una sonrisa asimétrica, siendo mucho más probablemente juzgadas en términos más negativos que aquellos que no la presentan, más allá de si están sanas o padecen algún trastorno^{54,58}. Esta desventaja social en la que se encuentran los pacientes con parálisis facial, puede dar lugar a conductas de evitación, lo que podría explicar las elevadas interferencias en las actividades sociales que señalaban los pacientes en nuestro estudio. Las dificultades que se han encontrado a nivel de relación social, se han observado en otros pacientes con parálisis. Así las personas con el síndrome

de Moebius, asociado a una parálisis facial bilateral, se perciben como menos seguros y competentes en las interacciones sociales¹¹¹.

Sin embargo, es llamativo que en nuestros casos, en las mujeres, la función social inicial no estaba relacionada con la gravedad de la parálisis objetiva ni subjetiva, aunque ese efecto sí se mostrara más adelante. En los varones, sí se halló una tendencia moderada a percibir mayor interferencia en el ámbito social cuanto peor movilidad tenían los músculos del rostro (en especial, el músculo frontal); pero la relación más destacada tenía que ver con la valoración de gravedad que hacía el paciente. Para entender un poco más estos resultados se decidió eliminar el efecto de la variable Salud Mental, dejando de existir relación entre la interferencia a nivel social y la dificultad objetiva de movimiento. Por lo tanto, no existe relación entre los problemas de movimiento y la interferencia social si eliminamos el malestar psicológico que acompaña a estos problemas motores. En contraposición, haciendo lo mismo, sigue habiendo una relación moderada, aunque más atenuada, entre la intensidad de la parálisis percibida por los pacientes y la interferencia a nivel social. Más allá de los problemas psicológicos relacionados con la inmovilidad del rostro, los pacientes que consideraron su parálisis como más intensa, eran los que sintieron más interferencia social. Quizá ello se deba a los efectos que sentían a nivel de comunicación, pudiendo estar también implicados otros aspectos como la asimetría facial en reposo, que no se tuvieron en cuenta.

Estos hechos que acaban de describirse son coherentes con los de la investigación realizada con pacientes que padecían disfunciones motoras en el rostro, donde el malestar psicológico mediaba entre dicha disfunción y la discapacidad social⁵⁰; y también con un reciente artículo brasileño, ya comentado, donde las consecuencias sociales y laborales de la parálisis facial no se relacionaban con la valoración del clínico, pero sí existía una

leve correlación cercana a la significación estadística en el caso de la autovaloración¹⁰³.

Hipótesis del *feedback* facial como factor explicativo de las diferencias emocionales

Aparte de que la dificultad de expresión empobrece las relaciones sociales, también es posible que afecte de otros modos a cómo se sienten los pacientes. Sólo en el caso de los hombres, encontramos una relación moderadamente alta entre la incapacidad de movimiento objetiva (que implica problemas de expresión) y el nivel de angustia y depresión, pero no llegaba a la significación estadística con la valoración subjetiva que hacían los enfermos. Esta relación era más elevada en el caso de los músculos de la región frontal y del orbicular del ojo. Una suposición que lo explicaría es que el hecho de experimentar una parálisis facial conlleve también cambios a nivel emocional que estén al margen de los problemas de apariencia o de la percepción que tengan los demás de estas personas. La hipótesis del *feedback* facial permite contemplar otros procesos que podrían dar más luz acerca de las diferencias emocionales en los pacientes comparándolos con los controles. Por ello se dedicarán algunos párrafos a examinarla.

Esta hipótesis defiende que la activación de los músculos faciales influye en las emociones experimentadas. Actualmente hay múltiples estudios que la apoyan. Así por ejemplo, en un reciente experimento, los participantes con una sonrisa de Duchenne forzada experimentalmente a través de un lápiz que tenían que sostener en la boca de una determinada forma, expresaron mayores sentimientos positivos ante escenas de películas agradables y de humor, que los que debían mantener una expresión facial en la que no sonreían o en la que la sonrisa no era de Duchenne¹²⁷. En otro posterior, las personas que activaban los músculos que están involucrados en el acto de sonreír (también ayudándose de un objeto en la boca) mientras realizaban tareas estresantes, expresaron un descenso del afecto

negativo y menor caída del positivo comparado con los grupos que no sonreían. Los resultados no eran distintos si la acción de estar sonriendo era intencional o era inconsciente (a través de la manipulación de sus músculos sin pedirles directamente que sonrieran)¹²⁸.

Acercándose a la experiencia de los pacientes con PB, científicos de la Universidad de Columbia¹²⁹ contrastaron la hipótesis del *feedback* facial comparando el impacto en la experiencia emocional autoinformada de las inyecciones de BOTOX[®] en los músculos superciliar y orbicular del ojo, y de otro tipo de inyecciones (en el pliegue nasolabial) compuestas de ácido hialurónico, que no afecta a los músculos faciales. Comparando los grupos, los individuos que habían sido tratados con BOTOX[®] informaron de un descenso en su experiencia emocional, disminuyendo sus respuestas emocionales a los vídeos que eran levemente positivos después del tratamiento. No se encontró este efecto ante las imágenes muy positivas.

La sonrisa de Duchenne se ha asociado con la actividad en el lóbulo frontal izquierdo y en la porción anterior del temporal¹³⁰, relacionados con la experiencia de emociones positivas. De forma coherente con la hipótesis del *feedback* facial, se ha encontrado también que la sonrisa de Duchenne y otras sonrisas activan las mismas regiones cerebrales tanto si se producen espontáneamente o si se realizan de forma voluntaria¹³⁰.

Así pues, aunque el *feedback* facial no es necesario para la experiencia emocional, sí contribuye a ella¹³¹. Por ello, una parte de las diferencias que se han encontrado en los procesos emocionales de las personas con parálisis facial en relación a las de la población general, tiene probablemente que ver con la dificultad de movimiento del rostro en sí misma, además de con las consecuencias que ello conlleva.

A pesar de que todos estos estudios fueran realizados contando con el rostro completo y no con una "hemifacies" (que es la parte habitualmente alterada en la parálisis periférica), en este último caso el *feedback* facial recibido tampoco es el adecuado cuando se expresa una emoción. Además, es posible que los sujetos busquen voluntariamente no gesticular, a fin de no mostrar asimetrías en el rostro. En consonancia con esto, una de las pacientes que participó en este trabajo comentaba que en el tratamiento fisioterapéutico que seguía, le habían recomendado disminuir voluntariamente la gesticulación con ese fin.

Disforia corporal y PB

Al iniciar esta tesis se presuponía que las personas que habían sido recientemente diagnosticadas de parálisis facial (en nuestra serie, una PB) sentirían un malestar significativo por su apariencia física. Sin embargo, resultan llamativas las bajas puntuaciones en disforia (malestar) relacionada con el cuerpo que obtuvieron los participantes de esta investigación, tanto del grupo de personas con parálisis como de los controles.

En relación a las mujeres, hay datos de otras investigaciones en las que poblaciones con enfermedades discapacitantes y/o desfigurantes no consideraban su cuerpo como fuente de sentimientos de vergüenza o de menosprecio⁸⁶; sin embargo, sí tendían a considerarse menos atractivas para el sexo opuesto que la población general. Una muestra de estudiantes españolas de 18 a 29 años⁹⁵ obtuvo medias similares a las de las pacientes con PB (Media=1,149, DT=0,78 frente a la media de este trabajo de 1,314 y DT=0,953). En un estudio norteamericano con sujetos en tratamiento por diversos trastornos emocionales y psiquiátricos (excluyendo trastornos psicóticos, disociativos, cognitivos y aquellos en los que las dificultades con la imagen corporal formaban parte del diagnóstico), se obtuvieron puntuaciones medias en el SIBID-S (1,95 en las mujeres y 1,25 en los

hombres) que superaban a las del grupo con parálisis facial¹³². Igual que en la investigación previa, la edad media (37,5 años en los hombres y desviación típica= 11,8; y 33,0 años en las mujeres, desviación típica= 12,0), especialmente en el caso de las mujeres, era menor que la de los participantes de este trabajo. En un amplio grupo de universitarios estadounidenses, los varones obtuvieron una media en la escala SIBID-S de 1,17 y las chicas de 1,80⁹⁴. Si comparamos estos datos con los de esta tesis doctoral, observamos que los individuos del sexo masculino con parálisis obtuvieron puntuaciones similares. Las personas del sexo femenino, tanto del grupo control como las que tenían parálisis, presentaban menos malestar con su cuerpo según sus puntuaciones en este instrumento de evaluación.

La bibliografía nos muestra en general, que el género femenino tiende a experimentar más sentimientos negativos hacia su apariencia física que el masculino^{94,133}. En esta serie, existían diferencias en función del sexo en las personas de la población general. En los pacientes con PB, las medias en disforia corporal eran muy similares en los hombres y en las mujeres. De esa forma, en pacientes que habían sido recientemente diagnosticados de parálisis facial, las diferencias habituales que existen en relación al malestar que sienten uno y el otro sexo en cuanto a la apariencia física, se disolvieron; no obstante, y acercándose a la significación estadística, sí se aprecia que pasado más de medio año surgía una tendencia por la que las mujeres presentaban puntuaciones mayores en disforia corporal que los hombres, como ocurre en la población general.

Además, en relación a la disforia corporal obtuvimos otros datos relevantes: cuanto mayor era el malestar por la apariencia referido inicialmente por las mujeres con parálisis, peor se sentían en relación a su cuerpo pasados seis o más meses; y sin embargo, las relaciones entre las puntuaciones iniciales y las de la tercera evaluación, eran muy leves y no significativas en el caso de los varones. En el caso de estos últimos, en la

evaluación inicial se encontró una relación negativa-moderada entre la disforia corporal y la capacidad de movimiento (cuanta menor era dicha capacidad, mayor malestar sentían por la apariencia física). Por otro lado, ni en los grupos de uno y otro sexo existieron variaciones significativas a lo largo del tiempo en las puntuaciones que indicaban malestar por la apariencia física. Es decir, en el caso de los hombres, aunque las puntuaciones no varían con el tiempo, pasados tres y más de seis meses apenas se correlacionan con el inicio. Ello quiere decir que los que se sentían peor en relación a su aspecto cuando sufrieron la parálisis, no eran necesariamente los mismos que se sentían más molestos con su apariencia pasados tres meses (cuando la parálisis había mejorado mucho en la mayoría). En esta línea y a la vista de los resultados obtenidos, podría concluirse, aunque al tratarse de correlaciones no puede asegurarse una causalidad, que en la muestra de hombres con la parálisis facial, sí existen variaciones en su autoimagen corporal, al menos en el componente afectivo (cómo se sienten en relación a su cuerpo), y que estos cambios están asociados con la gravedad objetiva de la parálisis. En las mujeres de la muestra, la parálisis facial no afectó al malestar que sentían hacia su apariencia física general. Por otro lado, a nivel cualitativo cabría comentar que en el caso de las mujeres los problemas de autoimagen se relacionaban, según sus propias declaraciones, con otros aspectos diferentes al de la parálisis (en concreto, al peso).

Observando las bajas puntuaciones que obtuvieron los pacientes, habría que tener en cuenta el posible papel de la deseabilidad social. Algunos autores han señalado cómo en el caso de los hombres pueden entrar en juego procesos de negación o minimización a la hora de detectar dificultades en la imagen corporal¹³⁴, y éstos pueden aparecer no sólo para presentarse ante los demás de un modo socialmente valorado, sino también como mecanismo defensivo para protegerse de una situación que produce un importante malestar. Otra posible explicación barajada para interpretar

este hecho es que la escala utilizada para valorar la disforia en relación a la apariencia física no sea un instrumento adecuado justo para esta población, ya que no se centra exclusivamente en situaciones donde supuestamente las personas con parálisis facial podrían experimentar mayor malestar. Por tanto, es posible que le falte especificidad para el problema tratado, ya que la anomalía estudiada afecta de forma exclusiva al rostro y no hay cambios en el resto del cuerpo.

Cuando se analizaron diferencialmente los 20 ítems del instrumento de evaluación utilizado, el único que discriminaba a los pacientes con parálisis hacía referencia a los momentos en que se veían en fotos o en vídeos. Antes de realizar el cuestionario, se pedía a los participantes que tuvieran en cuenta la parálisis facial y, que si no habían estado en las situaciones citadas últimamente, trataran de imaginarse su grado de malestar en relación con la apariencia física. Es posible que al visualizar un vídeo de sí mismos, accedieran directamente a la imagen de su rostro paralizado. En esta situación planteada la cara es, probablemente, una de las partes más prominentes (destacables) y accesibles a su memoria y atención, lo que explicaría las puntuaciones más altas en los pacientes en malestar relativo a la apariencia. Aunque eliminando los ítems que hacen clara referencia al peso, sí que se puede apreciar una variedad de situaciones que podrían indicar el grado global de disforia en relación con el aspecto físico, habría pocos contextos que directamente hiciesen pensar de forma exclusiva en el rostro, como podrían ser momentos en los que una persona se ríe, pestañea, se maquilla o afeita. En la misma línea que lo anterior, los dos ítems en los que podría existir una tendencia en las mujeres con parálisis a experimentar menos malestar en relación con su apariencia que aquellas del grupo control, hacían referencia precisamente a momentos en los que el torso y las extremidades eran probablemente más salientes que el rostro: mirarse en el espejo estando desnuda y probarse vestimentas en una tienda. Ello hace pensar que cuando el contexto ayuda

a no prestar atención a las partes dañadas (las facciones), las enfermas con parálisis facial tienden a sentirse mejor, tal vez compensando la desazón por la situación de la cara. Es decir, ante posibles sentimientos desagradables hacia su rostro paralizado, puede ser que traten de focalizarse en otras zonas, intentando destacar los aspectos positivos de éstas para compensar los afectos negativos asociados a la apariencia de la cara.

Por otro lado, en este trabajo no se ha encontrado una relación lineal entre la edad de los individuos con PB y el malestar en relación con la apariencia física. Sin embargo, las mujeres mayores de 55 años referían menos malestar por la apariencia física que el resto. En la literatura existen datos heterogéneos respecto al bienestar con el cuerpo y la edad. Las mujeres más jóvenes afectadas de esclerodermia⁸² (enfermedad que produce cambios visibles en la piel) podrían ser más proclives a presentar problemas relativos a la imagen corporal que aquellas mayores. Por otro lado y obteniendo resultados similares, en una amplísima muestra de españoles¹³⁵ sí se ha encontrado que tanto individuos de uno y otro sexo mayores de esta edad, referían mayor atractivo físico que los más jóvenes. De hecho, en las mujeres, se ha encontrado una mejoría paulatina y progresiva desde la adolescencia hacia la madurez en atractivo físico y autoconcepto físico general, que abarca otros aspectos a parte del atractivo, tales como la condición física. Sin embargo, en un estudio norteamericano¹³³ llevado a cabo con más de 50.000 adultos concluían que, en general, la edad no se relacionaba con la satisfacción con el cuerpo. Aún así, en las mujeres de esa investigación había un porcentaje más amplio de personas mayores que referían insatisfacción corporal.

Como se vio al analizar los resultados, las personas con PB con mayor malestar por la imagen corporal tendían a sentirse más tristes y angustiadas, con menor vitalidad (en el caso de las mujeres), y con mayor

dificultad para realizar las actividades sociales. Esta última relación fue la única encontrada también en el grupo control y era más intensa que en el caso de personas con parálisis (especialmente en los varones). Esas relaciones son coherentes con el hecho de que la imagen corporal forma parte del autoconcepto de las personas⁷⁴, pues como ya se ha comentado, el “yo” es también “yo corporal”, con todas las implicaciones a nivel psicológico que eso conlleva.

Bienestar en los pacientes con PB

Esta tesis ha tratado de abordar al paciente con parálisis facial desde una perspectiva integradora, estudiando no sólo las posibles carencias, sino valorando también aspectos positivos que puedan incidir en una mejor adaptación a la enfermedad. Este aspecto es importante porque las potencialidades de las personas pueden ser herramientas útiles para afrontar la vida de una forma más saludable y satisfactoria. En los párrafos siguientes se revisará la evidencia existente acerca de los beneficios de las emociones positivas, que favorecen y se ven favorecidas por la capacidad para enfrentarse adecuadamente las dificultades. Posteriormente se profundizará en el conocimiento acerca del desarrollo de las capacidades psicológicas de las personas, analizando los resultados encontrados en este trabajo al respecto de las diferentes dimensiones de bienestar.

Centrándonos en las emociones positivas, diversos trabajos han mostrado cómo éstas pueden estar presentes incluso en periodos en los que las personas experimentan elevados niveles de angustia y tristeza o cuando se han producido sucesos altamente estresantes¹³⁶. En la “teoría de la ampliación y construcción”, Fredrickson (2001)¹³⁷ propone que las emociones positivas amplían los repertorios de pensamientos y posteriormente de comportamientos. De ese modo posibilitan nuevas trayectorias y favorecen la construcción de los recursos personales

(intelectuales, fisiológicos, sociales y físicos). Mientras que las emociones negativas van ligadas a tendencias de acción específicas (por ejemplo, huir en el caso del miedo), las emociones positivas, sin embargo, se asocian a tendencias más vagas, pero no por ello menos importantes. Por ejemplo, la alegría impulsa al juego, a ser creativo e ir más allá de los límites, y ello se evidencia en la conducta social y física, pero también en el ámbito artístico^{138,139}. La satisfacción llevaría a disfrutar las circunstancias vitales e integrarlas en una visión nueva del sí mismo y del mundo¹⁴⁰. El interés, impulsaría a explorar y a integrar esa información y experiencia obtenida "ampliando" así el *self*¹⁴⁰⁻¹⁴³. El orgullo impulsa a compartir los logros con los demás y a prever nuevos éxitos en el futuro¹⁴⁴. El amor, cuando ha sido conceptualizado como una serie de emociones positivas experimentadas en el contexto de relaciones cercanas y seguras, provoca ciclos recurrentes que impulsan a la exploración, al juego y al disfrute de experiencias con aquellos a los que amamos. Otros autores han subrayado el papel de emociones como la gratitud en recursos personales y sociales duraderos¹⁴⁵. Como se puede ver en estos dos últimos ejemplos, algunos autores incluyen dentro del término "emociones positivas" procesos complejos que, aún incluyendo un componente afectivo, parece que no se limitarían a éste.

Pues bien, según la teoría de Fredrickson, todos esos repertorios cognitivos y conductuales ampliados por las emociones positivas, favorecerían la construcción de recursos personales duraderos. Así, las emociones positivas ayudarían a la persona a percibir los eventos de su vida desde una perspectiva más amplia, restando resonancia a un suceso concreto, que en el ámbito que estamos trabajando, podría ser la PB. Existe evidencia empírica de esto. Por ejemplo, en tres muestras diferentes^{146,147}, se indujo a algunos participantes a sentir satisfacción y alegría a través de una película, después de provocarles ansiedad a través de una tarea estresante. Estos sujetos mostraron una recuperación cardiovascular más rápida que aquellos que vieron imágenes tristes o de afecto neutro.

Las emociones positivas alimentan la *resiliencia* de las personas, siendo ésta, la capacidad de hacer frente y superar la adversidad. De hecho, parecería que las personas resilientes son expertas en el uso de las emociones positivas para recuperarse de las negativas. Folkman y Moskowitz (2004)¹³⁶ han sugerido que determinadas estrategias de afrontamiento inducirían a la experimentación de emociones positivas. Así, la reinterpretación positiva de los eventos estresantes, el afrontamiento centrado en el problema (si es efectivo) y la apreciación de eventos positivos y significativos, pueden ser algunas de estas estrategias en las que entran en juego los valores de las personas, sus creencias y objetivos. Permiten encontrar beneficios en el acontecimiento estresante, experimentar sentimientos de control y autoeficacia y centrarse en aquello en lo que uno valora mientras tiene lugar el “*estresor*”.

En conformidad con lo explicado, Fredrickson¹³⁷ muestra evidencias de que las emociones positivas amplían los repertorios cognitivos y conductuales de las personas, y alimentan la *resiliencia* psicológica; pero también construyen esa *resiliencia* a través de lo que denomina espirales de bienestar: las personas que experimentan más emociones positivas se vuelven más resistentes a la adversidad a lo largo del tiempo, pues fortalecen un estilo de afrontamiento con mayores posibilidades. A su vez, ese tipo de afrontamiento ha predicho en los estudios la experimentación de emociones positivas a lo largo del tiempo. De esa forma, las emociones y el afrontamiento flexible se retroalimentan el uno al otro. Los repertorios atencionales y cognitivos amplios y flexibles promovidos por experiencias tempranas con las emociones positivas facilitarían así la adaptación a la adversidad. Y ello, a su vez, predeciría experiencias futuras en las que las emociones positivas estén implicadas. Existen datos empíricos en los que se ha encontrado que las emociones positivas experimentadas en el día a día mediaban en la recuperación de las personas de diversos estresores¹⁴⁸. Por

otro lado, en un reciente experimento, se comprobó que tras ser ofendidos verbalmente en una tarea de laboratorio, los que tenían una mayor disposición a perdonar exhibían una recuperación de la presión arterial más rápida que aquellos con baja disposición¹⁴⁹. Si bien, hay que señalar que la disposición a perdonar se considera un aspecto más complejo que lo meramente emocional.

La tendencia a experimentar habitualmente emociones positivas se ha relacionado con una recuperación más completa tanto a nivel cardiovascular como subjetivamente tras un estresor académico. Ese efecto era independiente de la tendencia a experimentar afectos negativos y de cómo se sentían los participantes antes del experimento¹⁵⁰. En una muestra de mujeres jóvenes, el estilo afectivo positivo medido con autorregistros repetidos sobre el afecto diario, se asociaba con una recuperación de la tensión arterial tras un estresor psicológico agudo. No se encontró esa relación con los niveles de cortisol o con la tensión subjetiva¹⁵¹. En contraste con estos datos acerca de las emociones positivas, en otra investigación reciente se mostraba que el estado de ánimo negativo inducido y el "pensamiento *rumiativo*", obstaculizaban la recuperación de la presión sanguínea después de una tarea estresante realizada previamente. El afecto positivo no ayudaba, en este caso a la recuperación¹⁵².

En relación al bienestar subjetivo, concepto que incluiría la experimentación de emociones positivas de las que se ha hablado en los párrafos anteriores, este trabajo ha contemplado la satisfacción general que tenían las personas con su vida (al margen, inicialmente, de la parálisis), la salud mental y la vitalidad. La satisfacción con la vida, se referiría a la valoración que hace globalmente la persona de su vida. La variable Salud Mental hace referencia en este estudio a sentimientos de angustia, depresión o calma y felicidad. La vitalidad, medida de la sensación de viveza y energía¹⁵³ se relaciona, según la literatura, con iniciativa personal,

mayor sensación de control y menos conflictos internos¹⁵⁴. Así mismo, proporciona un indicador del nivel de energía, esfuerzo y persistencia que son necesarios para conseguir metas¹⁵⁵. Se ha demostrado que las personas con mayor vitalidad, tienen un mejor funcionamiento somático, menor estrés y más sentimientos¹⁵⁴.

Hace ya tiempo que existe evidencia de que las emociones tienen una estructura bifactorial. Es decir, las emociones positivas y negativas no estarían dentro de la misma dimensión. Ello implica que una persona que no tiene demasiadas emociones negativas, no tiene por qué ser feliz, porque no significa que experimente emociones positivas necesariamente. Hay que tener en cuenta que las subescalas Salud Mental y Vitalidad del cuestionario SF-36 (calidad de vida) mezclan ambos aspectos, lo que podría dificultar en parte, su análisis.

El bienestar psicológico entendido como el desarrollo del potencial humano, y no como experiencias placenteras, se relaciona con el bienestar subjetivo o hedónico. Es decir, las personas con niveles generales altos en bienestar psicológico, también tienden a valorar sus vidas como más satisfactorias, a referir más afecto positivo y menos negativo. En esta tesis se ha trabajado sobre el modelo de bienestar de Ryff, que entiende el bienestar psicológico como un concepto multidimensional compuesto por la autoaceptación, la capacidad para establecer relaciones positivas con los demás, el propósito en vida, la autonomía, la sensación de dominio del entorno y de crecimiento personal. Se han tenido en cuenta de forma específica las primeras tres dimensiones, además de un concepto global de bienestar psicológico que incluiría a todos los aspectos propuestos por Ryff.

Las dimensiones más existenciales de este tipo de bienestar, como puede ser el propósito en la vida o el crecimiento personal, parecen ser las más independientes del bienestar subjetivo¹⁵⁶. Además, en los estudios

consultados se han encontrado correlaciones entre los diferentes aspectos del bienestar psicológico tanto con estilos adaptativos de afrontamiento como con medidas de *resiliencia*¹⁵⁷. En este trabajo también se ha encontrado una relación positiva entre las variables de ambos tipos de bienestar (subjetivo o hedónico y psicológico o eudaimónico) incluyendo la variable acerca del propósito vital.

El bienestar de las personas está claramente influido por cómo se perciben y cómo se sienten consigo mismas⁶⁶. En relación con esto, en la literatura psicológica se habla de los esquemas sobre el *self*. Éstos hacen referencia a representaciones mentales acerca de información relativa a uno mismo. Suelen desarrollarse en la niñez e influyen en el procesamiento que hacen las personas de la información. Markus (1977, 1980)^{158,159} sugirió que el *self* era un conjunto de teorías sobre uno mismo que organizan la información que recibimos, de modo que dirigen la atención de las personas hacia aspectos que para ella son relevantes. La información relacionada con los esquemas o teorías sobre uno mismo es recogida con mayor rapidez que otro tipo de información nueva que no sea congruente. Esta última tiende a ignorarse o a distorsionarse. La presencia de discrepancias entre la apariencia física real y por ejemplo, la ideal, unida a la importancia que para una persona concreta tengan esas discrepancias, serían aspectos centrales en el grado en que una desfiguración tendrá impacto psicológico en la persona. En algunos artículos⁶⁶ se sugería, en base a los resultados encontrados, que las personas con una autoestima más pobre podían ser más vulnerables ante las "amenazas interpersonales". Es decir, las personas con una autoestima dañada (resultado, por ejemplo, de un rechazo frecuente especialmente en las etapas tempranas de la vida), serían especialmente sensibles a la posibilidad de ser rechazadas por otras personas. De ese modo, una persona con un defecto físico que tuviera una baja autoestima, estaría más centrada en la posibilidad de ser excluida que otra con un buen concepto de sí misma. Ello resultaría coherente con lo

explicado anteriormente sobre los esquemas cognitivos sobre uno mismo. Si en una persona concreta con un defecto físico existe una teoría de sí misma en la que se percibe como poco atractiva para los demás, tenderá a fijarse más que otras, en la información que es relevante para ese esquema o teoría; y ello le llevará a su vez a realizar juicios más extremos (probablemente se perciba más rechazada que otras personas) y añadirá información de su propia teoría a la situación que esté viviendo, aunque no sea correcta¹⁶⁰.

En esta tesis se ha estudiado la variable **autoaceptación**. Haría referencia a la actitud positiva hacia uno mismo y los sentimientos positivos hacia la vida pasada. No se ha encontrado una relación lineal entre el grado de autoaceptación y la percepción de mayor interferencia de los problemas de salud física o emocional para realizar actividades sociales. Cuando tomamos a los pacientes con mayor y menor autoaceptación, encontramos que en las personas que estaban más satisfechas consigo mismas, no había relación entre la gravedad objetiva de la parálisis y la dificultad que encontraban para realizar actividades sociales por su salud física o mental. En contraposición, en el grupo que puntuaba más bajo en esta variable, cuanto más paralizado estaba el rostro, más interferencia encontraban en este tipo de actividades y cuanto más grave percibían que era su parálisis, tenían más dificultades en las situaciones cotidianas debido a problemas emocionales. Estos resultados son similares a los obtenidos en un estudio realizado con enfermos de psoriasis. En los enfermos que tenían menos temor a las evaluaciones negativas, la severidad de la enfermedad valorada por ellos mismos tenía poco efecto en la percepción de estar estigmatizado, en la frecuencia percibida de las reacciones negativas de los demás, y en el malestar subjetivo e interpersonal. Sin embargo, cuando el miedo a las valoraciones negativas era mayor, también se incrementaba el impacto de la gravedad de la enfermedad. Así, el mayor malestar lo experimentaban los

pacientes con una enfermedad más grave y un mayor temor a las evaluaciones negativas por parte de los demás¹⁶¹.

De acuerdo a los resultados obtenidos, las personas con parálisis que se aceptaban más a sí mismas con sus defectos y virtudes, se encontraban menos angustiadas y tristes, más vitales, y valoraban su salud de forma más positiva que las que tenían más dificultades para aceptarse. Estos datos están en conformidad con los resultados de un estudio polaco que utilizó una muestra de más de 100 pacientes dermatológicos. Se ha encontrado que existían diferencias entre las puntuaciones obtenidas en un cuestionario de *screening* de salud mental y en la calidad de vida percibida, en función del grado de seguridad y aceptación de sí mismos¹⁶². Los que tenían una imagen más positiva tenían mejores puntuaciones de salud mental y una mayor calidad de vida.

En nuestra investigación, cuanto más se aceptaban a sí mismos los pacientes varones, menos malestar sentían debido a su apariencia física en diversas situaciones. Además, mientras que las personas que se autoaceptaban menos, calificaban su satisfacción vital como "media", es decir, ni satisfechos ni insatisfechos, el grupo de sujetos con PB que más se aceptaban a sí mismos, opinaban como media que su vida era "feliz".

Por otro lado, se ha encontrado que la variable autoaceptación es predictiva a largo plazo de la salud mental del grupo con PB. La puntuación obtenida en esa variable en la valoración inicial junto con el nivel base de salud mental que experimentaban los pacientes con parálisis, podía explicar más del 40% de la varianza de las puntuaciones en Salud Mental pasados un mínimo de 6 meses. Mientras que si sólo se tomaba el nivel inicial de Salud Mental, la varianza explicada se reducía a un 28%.

Otro aspecto muy relacionado con la percepción de uno mismo, como ahora se verá, y que forma parte del bienestar psicológico tiene que ver con la **capacidad de relacionarse con los otros**¹⁶³. Maslow (1908-1970), impulsor de la Psicología Humanista, consideraba que las personas que habían alcanzado la cima de la jerarquía de las necesidades humanas, las llamadas personas autorrealizadas, que buscan el desarrollo de sus potenciales, tendrían una elevada empatía, capacidad de amar y de desarrollar amistades profundas¹⁶⁴. Estos aspectos también formaban parte de lo que Allport, relevante psicólogo de la personalidad, llamaba personalidad madura. John Bowlby, pionero de la teoría del apego, refería que la vinculación afectiva era una necesidad primaria del ser humano. Poniendo en relación la visión de uno mismo con la de los otros, este autor hablaba de los modelos representacionales, o modelos internos de funcionamiento acerca del *self* y acerca de los demás. Otros autores han desarrollado esta idea con mayor profundidad. El modelo acerca del *self*, del sí mismo, derivaría de lo valioso o aceptable que se viera la persona en los ojos de las primeras figuras de apego. Los modelos internos acerca del otro tendrían información de la accesibilidad y de la calidad de respuesta que darían las figuras de apego a las necesidades de uno mismo. En base a la repetición temprana de secuencias de relación (en el primer período de la vida), estos modelos se irían automatizando, de modo que se formarían reglas abstractas, y dejarían de actuar de forma consciente para hacerlo de modo automático. Teóricamente, los modelos internos de trabajo guiarían procesos como la atención o la memoria, dando a los sujetos una base sobre la que crearse expectativas acerca de las relaciones interpersonales¹⁶⁵.

Según la teoría de la identidad de Cooley de 1902 ("teoría del yo-espejo" o del "looking glass self"), incorporaríamos al sentido del *self* lo que creemos que los otros piensan de nosotros mismos⁷⁸. Las personas significativas serían una especie de espejo donde las personas miramos

para detectar lo que los otros opinan, incluyendo el juicio sobre nuestra apariencia. El orgullo o la vergüenza (emociones que señalamos al inicio de la discusión como indicadores de que ya hay un sentido del *self* para la persona) harían, en parte, referencia al efecto que el reflejo de nosotros mismos tiene en el otro, según nos imaginamos. Esa estrecha relación entre uno mismo y el otro se aprecia también en el hecho de que el niño preescolar desarrolla de forma simultánea la capacidad para representar sus estados mentales (emociones, pensamientos, etc.) y los de los otros¹⁶⁶. Ello permite ir desarrollando la habilidad de reconocer y diferenciar la perspectiva y experiencia propia. Y de hecho, los datos existentes sobre el funcionamiento cerebral sugieren que las representaciones del *self* y de los otros están estrechamente interconectadas, iniciándose en el desarrollo evolutivo temprano. Esto explicaría nuestra capacidad para identificarnos con los demás y para empatizar con los otros¹⁶⁷. Incluso la evolución de la autoconciencia podría haber ido dirigida, según algunos autores, a permitirnos comprender nuestro propio comportamiento y el de los demás^{167, 168}.

Como hemos visto en los resultados, la capacidad para conectar positivamente con otras personas se ha visto relacionada en los pacientes con PB con sentimientos de mayor calma y felicidad (Salud Mental), mayor vitalidad y menor interferencia en la vida cotidiana debido a problemas emocionales. Resulta llamativo y difícilmente explicable, que en el caso de las mujeres, aquellas que puntuaban más alto en esta dimensión relativa a las relaciones interpersonales, eran también las que referían sentir mayor dolor.

Se ha sugerido que las dificultades sociales que se han evidenciado en diversas ocasiones⁶⁶ (incluido en este estudio) en las personas con defectos faciales, se deberían a ansiedad de carácter social y no tanto a una ansiedad más generalizada. Es decir, los problemas sociales se mantendrían

por el miedo de los pacientes a la reacción de los demás, y la consiguiente evitación de las situaciones⁹⁰. Podría suponerse que los pacientes que mostraran una alta vinculación con otros (altas puntuaciones en Relaciones positivas), tenderían a sentirse menos inseguros en las relaciones interpersonales que los que tuvieran más dificultades en el área interpersonal. No obstante, también es posible que las personas más desvinculadas no sientan más interferencia a la hora de realizar actividades sociales, precisamente porque participen menos en esta clase de situaciones. Si ambas hipótesis fueran ciertas, podrían explicar la ausencia de relación entre las puntuaciones en Función Social y Relaciones positivas que se ha encontrado.

El hecho de percibir que se cuenta con apoyo social, se ha visto relacionado en otras series con una mejor adaptación. En concreto, se ha hecho referencia a un menor impacto de las preocupaciones por la apariencia en el estilo de vida, menor preocupación y menor valoración de la visibilidad del defecto en personas con alguna desfiguración facial⁸⁸. La variable de relaciones positivas, no es exactamente igual al apoyo social que se ha valorado en los artículos citados, puesto que incluye no sólo el apoyo del medio, sino también la capacidad de la propia persona para ser empática y confiable con los demás. En este trabajo, se encontró que en los hombres, cuanto más puntuaban en la variable que medía la presencia de relaciones interpersonales estrechas y cálidas, menos malestar por la apariencia física experimentaban. Podría ser que el hecho de tener una red social en la que el paciente se sienta integrado, permita amortiguar el impacto que tiene el rostro paralizado sobre el bienestar. También aquí, cuanto mayor era la puntuación en esta variable, los pacientes varones tendían a valorar su parálisis como de menor gravedad (pero hay que tener en cuenta que, como se verá a continuación, existía también una relación con la gravedad objetiva de la parálisis).

Los hombres que podían mover mejor su rostro eran los que referían tener más relaciones positivas y de confianza. A los tres meses, las correlaciones entre la capacidad de movimiento de los distintos músculos con las relaciones positivas en los individuos del sexo masculino, seguían estando presentes. Por otra parte, ninguna otra variable de bienestar guardaba relación con la capacidad de movimiento. Una posible causa sería que los que padecían una parálisis intensa, al sentir también una mayor interferencia a la hora de realizar actividades sociales, pudieran distorsionar la percepción de las relaciones personales que tienen. Ello no parece del todo probable porque cuando se ha controlado estadísticamente la interferencia a nivel social, si bien desciende, persiste la relación entre la capacidad de movimiento y las relaciones positivas ($r=0,541$, $p=0,017$). No tiene sentido pensar que estos resultados derivan de que la intensidad de la parálisis afecta a la capacidad para mantener relaciones estrechas y cálidas con los demás, ya que en el momento de la primera evaluación, los pacientes habían sido recientemente diagnosticados de PB, y el cuestionario de bienestar psicológico, no hace referencia a la última o últimas semanas. Aunque parece poco probable, otra posible explicación sería que el tener relaciones de confianza fuera un factor protector de la intensidad de la PB en el caso de los hombres. Parecen necesarias más investigaciones para aclarar el resultado hallado.

Riff y Singer³⁵ han documentado relaciones positivas entre el bienestar social y la salud. Estos autores³⁵ proponen que una de las vías de estudio de la relación entre el bienestar psicológico y la neurobiología es la carga alostática. Este concepto hace referencia al desgaste de carácter acumulativo que sufre el organismo para mantenerse estable frente al estrés¹⁶⁸. Han encontrado que las personas con relaciones más positivas tienen una carga alostática más baja¹⁷⁰, y que aporta una resistencia biológica frente a determinados estresores, como pueden ser los problemas económicos graves y de larga duración¹⁷¹.

La dimensión del bienestar que versa sobre el **propósito en la vida**, se apoya en las perspectivas existencialistas, en especial en la búsqueda del sentido frente a la adversidad, propuesta por Frankl¹⁷². Este psiquiatra desarrolló su forma de trabajo a través de la estancia en los campos de concentración nazis, donde permaneció durante tres años y perdió a diversos miembros de su familia. Para este especialista la búsqueda del sentido de la vida era una fuerza primaria para el hombre y no una racionalización secundaria de otras pulsiones más básicas. Su terapia se ocupaba directamente de ayudar a las personas a encontrar un significado y un propósito en las dificultades y en el sufrimiento.

Entre otros autores, Ryff y Singer citan también a Allport, quien incluye en su definición de madurez tener un claro conocimiento del propósito de la vida, incluyendo el sentido de dirección e intencionalidad. Aaron Antonovsky estudió lo que caracterizaba a las personas que a pesar de haber sufrido experiencias altamente estresantes (como ser prisioneros en campos de concentración) se mantenían mentalmente sanos. Habló del sentido de coherencia, como de "una tendencia disposicional relativamente estable que conduce a evaluar las circunstancias de la vida como significativas, predecibles y manejables"¹⁷³. Con el concepto de *significatividad*, el autor aludía al componente motivacional del sentido de coherencia, por el que las demandas a las que las personas hacen frente adquieren un sentido y, por ello, merece la pena esforzarse. Se entienden como retos en los que la persona decide comprometerse¹⁷⁴.

Los psicólogos Deci y Ryan, a través de un programa de investigación, desarrollaron hace unos años la llamada teoría de la autodeterminación, que cuenta con un sólido apoyo empírico. En esta teoría el bienestar viene ligado a un funcionamiento psicológico sano. Este se consigue a través de la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas (vinculación, competencia y autonomía), y de un sistema personal de

metas, mejor intrínsecas (buscadas por sí mismas y no para obtener otras recompensas) que extrínsecas, y que sean congruentes y coherentes entre sí, con las necesidades básicas y los valores e intereses de la persona¹⁷⁵. Como se ve, las necesidades básicas que proponen, coinciden con algunos aspectos del bienestar formulado por Ryff, siendo la "vinculación", similar a las "relaciones positivas". Además, el sistema de metas, tendría relación con el propósito en la vida.

En nuestra muestra, los pacientes con PB (en concreto las mujeres) que puntuaban más alto en la dimensión de propósito en la vida, se sentían más vitales, valoraban mejor su salud y referían sentirse menos ansiosas y deprimidas. Además, el hecho de obtener puntuaciones elevadas en ese aspecto del bienestar psicológico, se relacionaba con menos preocupaciones por el aspecto físico. Lo llamativo es que a los tres meses, las relaciones entre calidad de vida en ese momento y el propósito en la vida en la evaluación inicial parecen incrementarse. En efecto, los enfermos que puntuaban más al inicio (en propósito en la vida), además de sentirse a los tres meses más vitales, más calmados y felices y con mejor salud, también referían experimentar menos dolor y menos interferencia en el trabajo y tareas habituales debido a problemas físicos. De hecho, cerca de la mitad de la varianza de los problemas que tenían los pacientes para realizar actividades por su salud física (Rol físico) a los tres meses, podía explicarse tomando las puntuaciones iniciales en esa misma variable junto con el grado de propósito en la vida que referían al inicio. Esta variable también es predictiva del grado de dolor y de la calidad de vida desde el punto de vista físico a los tres meses. Pasados seis o más meses, las personas que más puntuaron en propósito en la vida en la valoración inicial, seguían valorando mejor su salud.

Otras investigaciones han mostrado, igual que la presente, las relaciones positivas entre esta variable y otras relacionadas con aspectos

saludables, buena salud mental, etc. Así, un proyecto de investigación realizado sobre más de 2.000 enfermos de polio, ha relacionado el propósito en la vida (medido por un solo ítem) con un menor declive de la salud. Encontraron relaciones negativas pequeñas pero significativas entre la depresión, las limitaciones físicas y el propósito en la vida. Esta última variable era predictiva de una mejor calidad de vida, entendida como la satisfacción sobre distintos ámbitos de la vida que son importantes para cada persona, a pesar de las discapacidades físicas y mentales¹⁷⁶. El hecho de tener objetivos en la vida y de considerar que éstos se están llevando a cabo (dimensión llamada "significado personal"), se ha visto relacionado con sentimientos de esperanza y con menos síntomas de depresión en estudiantes americanos. El hecho de pensar que la vida tiene un sentido y un significado, además de presentar también esas relaciones, moderaba la relación entre el estrés y la depresión. Es decir, en las personas con niveles bajos de "significado espiritual" el estrés diario y la depresión iban muy unidos, mientras que no guardaban relación en aquellas con altos niveles de "significado espiritual"¹⁷⁷. En esta misma línea, un reciente trabajo eslovaco concluía que la capacidad de dotar de sentido a la vida, incluyendo un componente afectivo (por ejemplo de satisfacción), uno cognitivo (sobre las creencias y valores de la persona) y uno motivacional (con las metas y objetivos), puede servir de amortiguador, frente a las consecuencias negativas que tiene el estrés. La dimensión "sentido de la vida" resultaba ser moderadora entre el estrés percibido y los mecanismos de afrontamiento evitativos, que no son considerados como estrategias adaptativas¹⁷⁸. Junto con los artículos citados, hay múltiples investigaciones que relacionan la capacidad de dotar de sentido a la vida con la menor percepción de diversas emociones negativas tanto en población sana como en grupos específicos con problemas orgánicos¹⁷⁹.

El significado y el propósito en la vida podrían ayudar a tolerar mejor los sucesos negativos porque podrían entenderse bajo un marco más extenso, es decir, como elementos insertos en una perspectiva más amplia

de propósitos en la vida. Así se eliminaría el estrés excesivo derivado de dotar de un énfasis exagerado a un elemento aislado. Por otro lado, también serviría de ayuda la capacidad de dotar de significado al propio acontecimiento estresante¹⁸⁰. Podemos entender la PB como un estresor en sí mismo y también como un trastorno cuya aparición puede ser favorecida por condiciones de estrés, que empeoren el funcionamiento inmunológico. Desde esta perspectiva y teniendo en cuenta lo planteado unas líneas más arriba, se explica por qué la variable propósito en la vida ha aflorado en esta investigación como una variable de especial relevancia. Una posible explicación a la relación observada entre las puntuaciones en salud mental, la variable de vitalidad y el propósito vital, es que tener metas en la vida entraría en oposición con la desesperanza propia de los estados depresivos, y el estar implicado en actividades significativas para la persona ayudaría a combatir los síntomas de la depresión¹⁸¹.

Las ventajas en la calidad de vida desde el punto de vista físico que se han encontrado a los tres meses del diagnóstico de la PB, en las personas que dotaban de sentido y propósito a la vida, podrían tener diversas explicaciones. Por ejemplo, Savolaine y Granello (2002)¹⁸¹ hablando sobre la función de la capacidad para dar significado e intención a la vida en el bienestar personal, referían que las personas que piensan que su existencia tiene sentido, podrían involucrarse en comportamientos orientados a mantenerse saludables para así poder cumplir sus objetivos. Una de estas conductas podría ser la adherencia a los tratamientos médicos, lo cual podría conllevar mejoras en la salud física. Así, podría ser que los pacientes con PB con mayor propósito en la vida, hubieran seguido las indicaciones médicas de forma más rigurosa, lo que podría haber redundado en una menor interferencia y un menor dolor a los tres meses. Los autores explican también que cuando ocurre una frustración, las personas pueden verse tentadas a llenar la sensación de vacío por la necesidad insatisfecha con sustitutos, que en ocasiones pueden ser

perjudiciales, como las sustancias adictivas o las relaciones poco saludables, lo que llevaría a experimentar una elevación del estrés¹⁸⁰. Si dicho sentimiento de vacío se alivia dotando de significado la situación, son menos probables los comportamientos perjudiciales y el malestar. Y si el propósito en la vida es un moderador en el impacto del estrés, ayudaría también a prevenir las consecuencias negativas de éste en el organismo. Ryff et al. (2004)⁴³ encontraron que las mujeres ancianas con niveles más altos de propósito en la vida y crecimiento personal mostraban menos variaciones en los niveles diurnos de cortisol en saliva, pues empezaban el día con niveles más bajos y continuaban más bajos durante el día, que las que no poseían esos perfiles de bienestar. Igualmente, el estar comprometido con metas en la vida, se asocia en mujeres mayores con una menor respuesta inflamatoria, y al igual que mantener relaciones positivas con otras personas, está vinculado a marcadores cardiovasculares positivos.

En los párrafos precedentes se han analizado las variables de bienestar psicológico por separado. Sin embargo, a pesar de la concepción multidimensional de Ryff, se ha considerado también al **bienestar psicológico** como una única variable, que comprenda además de las dimensiones analizadas (propósito en la vida, relaciones positivas y autoaceptación), otras como la sensación de crecimiento y desarrollo personal, la capacidad de elegir ambientes o contextos teniendo así sensación de competencia, y la capacidad de ser autónomo, fiel a los propios criterios frente a las presiones sociales.

Los pacientes que experimentaban un mayor bienestar psicológico, además de sentir menos malestar con su apariencia física, puntuaban más alto en diversas dimensiones de la calidad de vida. Al tiempo que se sentían más vitales, más calmados y felices, valoraban su salud más positivamente, referían menos interferencia en su trabajo y actividades cotidianas debido a problemas emocionales, al igual que menor interferencia en las actividades

sociales. En este sentido, y en relación a la calidad de vida pasados tres y más de seis meses del diagnóstico, persistían las relaciones positivas entre la vitalidad y la salud mental con el bienestar psicológico inicial. De hecho, esta última variable fue un buen predictor de la salud mental a los tres meses.

Se considera también importante comentar los resultados hallados sobre la percepción de salud que tenían los participantes de este estudio relacionándolos con el bienestar. Existen datos empíricos sobre la asociación entre el bienestar subjetivo y la salud, de forma que las personas que se sienten bien, refieren menos síntomas y valoran mejor su salud tanto en muestras de la población general como en las que tienen diversos trastornos⁴¹, tales como la enfermedad arterial coronaria¹⁸², infecciones de vías respiratorias superiores¹⁸³, etc. La salud percibida parece mantener una asociación más fuerte con el bienestar subjetivo que con la presencia o ausencia de trastornos somáticos como pueden ser las alergias o el dolor músculo-esquelético en adultos jóvenes¹⁸⁴. Y es que, las personas que tienen un trastorno leve, como la alergia, no están más insatisfechas o más infelices que las personas sanas¹⁸⁵. Las asociaciones entre salud y bienestar disminuyen de forma considerable cuando las medidas de salud son objetivas y no se basan en la percepción de la persona. La literatura explica que los niveles de salud percibidos no sólo reflejan la condición física, sino que también son el resultado del grado de ajuste emocional. La relación entre el bienestar subjetivo y la percepción de la salud vendría explicada en gran parte por dicho componente emocional.

En nuestro estudio no se encuentra ninguna relación entre la satisfacción con la vida y la percepción que tienen sobre su salud, pero sí que se ha encontrado una relación moderada con Salud Mental en los pacientes (no en los controles). De esa forma y en la línea de lo expuesto en la literatura, las personas con PB que se sentían más angustiadas y

tristes, percibían que su salud era peor. Por otra parte, las relaciones entre la percepción de salud y el bienestar psicológico global, así como con las dimensiones de autoaceptación y propósito en la vida eran leves. Al analizar los datos en función del sexo, se observó que en el caso de los hombres no existía relación. En las mujeres, la valoración que realizaban de su salud, que era significativamente peor que la del grupo control, estaba moderadamente asociada con el bienestar psicológico general, y con las dimensiones de autoaceptación y propósito vital.

Por otra parte, resulta muy llamativo el hecho de que cuando fragmentamos la muestra de pacientes en función de si padecen alguna enfermedad importante además de la PB, en las personas que están en el grupo que tiene más problemas de salud, la valoración que realizan sobre su salud dejaba de tener relación con su bienestar psicológico. Es probable que en estas personas la valoración de la salud se asocie más con medidas objetivas de salud que en el otro grupo.

En relación al dolor, los estudios indican que en población enferma, las personas que tienden a experimentar menos emociones positivas como estado (en ese momento) o como rasgo (de forma habitual) también suelen referir mayores niveles de dolor. Cuando se han examinado las emociones negativas, la mayoría de estudios encuentran relación entre el afecto negativo y una menor tolerancia al dolor⁴¹. En contraste con esos datos, en nuestros enfermos el dolor no guardaba relación con las puntuaciones en salud mental, aunque en el grupo control sí existía una relación leve. En cuanto al bienestar psicológico, tampoco se hallaron relaciones, igual que un estudio realizado con mujeres con fibromialgia, donde el bienestar psicológico se relacionaba con menos problemas de funcionamiento físico y de interferencia en las actividades, pero no con dolor¹⁸⁶. Al examinar los datos en función del sexo, como ya se comentó anteriormente, las mujeres con parálisis que experimentaban más dolor, puntuaban más alto en cuanto

a las relaciones positivas, lo que no parece poder explicarse a la luz de los datos y teorías existentes en el momento, y requeriría ulteriores investigaciones, pues pueden estar en juego otras variables que expliquen la asociación.

Cuando se compararon las puntuaciones de las personas con PB con las del grupo control, al analizar el nivel de bienestar psicológico no se encontraron diferencias importantes tras controlar el nivel de estudios. Una excepción es la de la dimensión que mide las relaciones positivas, donde el grupo control obtuvo mayores puntuaciones. En relación a las puntuaciones medias de la adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico, tanto los del grupo de PB como el grupo control obtuvieron puntuaciones superiores en la variable de autoaceptación y de propósito en la vida. Mientras que el grupo control puntuaba por encima que el valor medio hallado en la adaptación del test en cuanto a las relaciones positivas y de confianza, los pacientes puntuaban muy ligeramente por debajo. Algunos autores han encontrado menor bienestar psicológico en individuos que padecen o han padecido un trastorno. Por ejemplo, en un estudio con personas que tiempo atrás habían sido diagnosticadas de cáncer se encontró que presentaban menor autoaceptación y menos relaciones positivas que las personas sanas¹⁸⁷. Otra investigación que comparaba mujeres con fibromialgia, con artritis reumatoide y controles sanos, mostraba que las primeras presentaban menor aceptación de sí mismas y menos relaciones positivas que los otros dos grupos, así como menos puntuaciones en propósito en la vida que las controles¹⁸⁸.

A la hora de explicar las asociaciones débiles entre la salud objetiva y el bienestar, con frecuencia se ha aludido a un efecto de adaptación; pero parece que dicho proceso no es siempre completo. Hay diversas investigaciones que muestran que las personas con problemas físicos severos no vuelven a alcanzar los niveles iniciales de bienestar. Aunque el

impacto de la salud depende a la percepción que tiene cada persona concreta de la situación, y parece que los sujetos con poca salud tienden a disminuir la importancia de ésta cuando valoran su satisfacción vital, también resulta relevante contar con la gravedad de la enfermedad padecida. Mientras que las condiciones físicas de menor gravedad son susceptibles de una adaptación considerable por parte del enfermo, es probable que los problemas discapacitantes o crónicos influyan en el bienestar. Una de las posibles razones en el caso del bienestar psicológico, es que la enfermedad puede interferir en la búsqueda de objetivos vitales, y si esos objetivos no se consiguen acomodar a la situación actual, la adaptación difícilmente tendrá lugar¹⁸⁵. En los pacientes con PB existe una respuesta diferenciada según el sexo. No había diferencias pasados más de seis meses en la capacidad de autoaceptación, de relaciones positivas o de propósito. En contrapartida, en la puntuación global de bienestar, las mujeres experimentaron un incremento y los hombres un leve pero significativo descenso. Al no contarse con medidas del grupo control pasados los meses, es complicado atribuir esos cambios al hecho de haber padecido una PB.

Propuestas en la atención de los pacientes con parálisis

A pesar de que el pronóstico de la PB es favorable en un alto número de casos, y de que la calidad de vida de las personas mejora sensiblemente a medida que pasa el tiempo, también es preciso recordar las diferencias tan relevantes que se han encontrado en la calidad de vida de las personas recientemente diagnosticadas en comparación con las de la población general; además del hecho de que un pequeño porcentaje de pacientes no alcanza una recuperación completa o casi completa. Por todo esto, utilizando tanto los resultados obtenidos en este trabajo, como los conocimientos de los que dispone en este momento la Psicología, se tratará

de realizar algunas propuestas a fin de mejorar la calidad asistencial que reciben estos pacientes.

Si consideramos la PB como un suceso estresante en sí mismo, que puede ocurrir con mayor facilidad en periodos de estrés, una de las estrategias generales para mejorar el afrontamiento de esta situación podría ser favorecer en los pacientes un sentido de coherencia¹⁷³ por el que consideren los acontecimientos como explicables, valoren que poseen recursos para hacer frente a las demandas y tomen éstas como retos¹⁸⁹.

Proporcionar una información adecuada a los enfermos permite presentar los acontecimientos y síntomas que están experimentando de una forma estructurada y ordenada, reduciendo así la incertidumbre de los primeros momentos, que resulta ser una elevada fuente de estrés. Dotar, cuando es posible, de un carácter predecible a la entidad, señalando por ejemplo, cuál es la evolución habitual dadas las características y síntomas del paciente en concreto, disminuye el carácter estresante de la parálisis facial en general y la PB en particular. A la hora de informar se ha de tener en cuenta, no obstante, que no todas las personas necesitan ni desean recibir la misma cantidad de información. Aunque los pacientes, sin especificar la patología diagnosticada, olvidan cerca de la mitad de la información recibida poco tiempo después de la visita del médico, la mayoría desea más información y se siente insatisfecha con la que dispone^{190,191}. Cuando el facultativo pauta un tratamiento médico y se recomiendan determinados cuidados a seguir, como pueden ser la especial atención que requieren los ojos para evitar los daños causados por una menor hidratación, el individuo con PB puede percibir cierta capacidad de control en lo que le ocurre. Es preciso tener presente que la mayor parte de los pacientes no están familiarizados con la terminología clínica, y que una elevada ansiedad en el momento de la consulta puede interferir con el

procesamiento de información haciendo más difícil la comprensión y asimilación de lo hablado.

Una actitud empática por parte del médico, el uso de un lenguaje sencillo y adaptado al tipo de enfermo, las instrucciones explícitas, con términos claros y operativos sobre qué, cómo y cuándo utilizar los fármacos o cuidados precisos, y el énfasis en los beneficios que puede conllevar un adecuado cumplimiento del tratamiento¹⁹⁰, pueden contribuir a una mayor satisfacción del que los recibe y a mejorar la adherencia al tratamiento médico. Por ejemplo, aunque para el médico puede resultar obvio que una pomada lubricante para el ojo que no puede cerrarse, ha de utilizarse sobre el globo ocular y no sobre el párpado, esto puede no ser evidente para los pacientes. Así mismo, resulta conveniente permitir la formulación de preguntas y dudas, a fin de tratar de aclararlas, e intentar adaptar las recomendaciones al estilo de vida de la persona (lo que requiere tener una noción general del mismo). Citando una situación concreta en relación a lo anterior, resulta diferente la recomendación de no leer durante largo rato ni utilizar el ordenador de forma continuada, si va dirigida a una ejecutiva con sobrecarga laboral o a una mujer que se encuentra de baja maternal; y ello es debido a la diferente repercusión vital y cambios en los hábitos que se precisan en cada uno de los casos.

Centrándonos más específicamente en la problemática de la PB, se observa que tanto las dimensiones más físicas como las psicológicas de la calidad de vida aparecen deterioradas. La gravedad de la parálisis parece una variable relevante a la luz de los resultados obtenidos. En los hombres se relaciona con la afectación en sus vidas. En concreto, cuanto mayor era la gravedad de la parálisis tendían a sentirse con mayor malestar por su cuerpo y emocionalmente peor, y ello a su vez estaba en relación con más interferencia en el área social. Por otro lado, en el caso de los varones, puesto que se conoce que la interferencia que percibían en el trabajo y en

las tareas cotidianas se relacionaba más con la gravedad subjetiva que con la real, sería importante valorar cómo perciben ellos lo que les ha ocurrido, aclarando qué actividades pueden realizar y cuáles no. En las mujeres, aunque inicialmente la afectación en la calidad de vida parezca independiente de la gravedad de la parálisis, eso sólo ocurre al inicio, pues pasados tres meses, el grado de vitalidad y las limitaciones sociales, sí que estaban asociadas a la capacidad de movimiento inicial.

Ya que el área social, es una de las áreas más afectadas, valdría la pena valorar la eficacia de materiales por escrito que abordaran aspectos como los sentimientos de vergüenza que pueden experimentarse al hablar con otros, determinadas creencias que pueden dificultar una buena adaptación, la importancia de mantener una comunicación no verbal adecuada a pesar de las dificultades, cómo manejar las miradas o comentarios de los demás, etc., en la línea de los documentos realizados por la organización británica *Changing faces* para ayudar a las personas con desfiguración. Una forma positiva de afrontar las reacciones de los demás ante una desfiguración facial, podría ser llevar a cabo estrategias sociales proactivas que incluirían desde dar cierta información al interlocutor de la diferencia facial en la que se está fijando hasta confrontar asertivamente los comentarios⁸³. Esos materiales divulgativos, que abordarían aspectos psicoeducativos, podrían ser ofrecidos en las consultas a fin de facilitar la adaptación.

Uno de los aspectos importantes a transmitir a los pacientes es que aunque podría resultar más fácil evitar las situaciones sociales para así no afrontar posibles amenazas, esa estrategia mantenida en el tiempo no resulta beneficiosa. Impide “desconfirmar” determinadas hipótesis que puede haberse planteado el sujeto sobre sí mismo y sobre la reacción de los demás, además de que no permite desarrollar nuevas formas de afrontar las situaciones de modo eficaz¹⁹¹. Realizar actividades sociales con

personas del entorno cercano (familiares y amigos más íntimos) ayudaría a afrontar la situación adecuadamente⁸⁸. Estas situaciones serían poco amenazantes para la persona con parálisis, ya que serían actividades compartidas con las personas más cercanas a ella. Ello impulsaría a exponerse de nuevo a situaciones interpersonales y reduciría la ansiedad social. Sería útil para reforzar las habilidades de afrontamiento y mantener el autoconcepto en situaciones de desfiguración¹⁹².

En los primeros meses tras el diagnóstico de una PB existe una peor calidad de vida y mayor angustia y tristeza. Algunas personas pueden necesitar una ayuda específica para adaptarse adecuadamente a la parálisis facial y/o a las situaciones vitales estresantes que han rodeado al diagnóstico de ésta. Además de prestar una atención prioritaria al área de las interacciones sociales de estos individuos y a las cogniciones que pueden dificultar éstas, puesto que se conoce que las personas que experimentan más emociones positivas tienen una mejor capacidad para adaptarse a los sucesos estresantes, como por ejemplo una enfermedad, con vistas a favorecer la adaptación de las personas con parálisis facial, cabe preguntarse qué es necesario para tener esos sentimientos positivos.

Lyubomirsky et al. (2005)¹⁹³, definiendo la felicidad en términos hedónicos (satisfacción vital y afecto), consideran tres grandes factores relacionados con el nivel de felicidad o bienestar de las personas, los cuales vamos a pormenorizar en los siguientes párrafos.

Por un lado existiría un punto de ajuste o *set point* para cada persona, que reflejaría una especie de rasgo relativamente inmutable y relacionado con la neurobiología y el temperamento. La evidencia existente indica que este factor podría explicar alrededor del 50% de la varianza en felicidad. Estudios longitudinales recientes parecen indicar, de todos modos,

que este punto de ajuste no es del todo estable y puede variar en determinadas circunstancias^{175,194}.

Por otro lado, se encuentran las circunstancias personales, que incluyen aspectos demográficos (edad, sexo, nacionalidad, etc.), la historia personal y los sucesos vitales (traumas infantiles, premios, accidentes, etc.), y otros aspectos como el tipo de trabajo, la seguridad del mismo, la salud, etc., incluyéndose por tanto aquí, la PB. Todas estas circunstancias, de forma combinada, sólo explicarían entre el 8 y el 15% del nivel de felicidad. Esto podría deberse al factor de la adaptación hedónica (los cambios en el nivel de felicidad tenderían a ser temporales y la persona volvería a su *set point*), y al hecho de que algunas personas se adaptan fácilmente a nuevas circunstancias y eventos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que determinados sucesos vitales tienen un impacto en la persona, que impiden que vuelva a su nivel de satisfacción previo en un tiempo relativamente largo¹⁹⁴. Las experiencias que estarían sujetas a la adaptación hedónica, serían según la teoría de la autodeterminación, las relativas a experiencias no relacionadas con las necesidades básicas, siendo las "necesidades psicológicas básicas", la vinculación, la autonomía y la competencia¹⁴². De otro modo, en caso de que una persona viviera sin las condiciones básicas de subsistencia y seguridad, un cambio en éstas podría llevarla a alcanzar el nivel de felicidad marcado por su *set-point* pero no más allá.

Existiría un tercer factor, el de la actividad intencional, que incluiría comportamientos que las personas pueden elegir llevar a cabo y que, a diferencia de las circunstancias vitales, no vendrían dados, sino que serían llevados a cabo por las personas. Este tipo de actividades incluye las de carácter más conductual, como intentar ser amable con los demás; otras más cognitivas, como reformular las situaciones de un modo más positivo o centrarse en los aspectos positivos de la vida; y existirían también

actividades volitivas como el intento por conseguir objetivos personales importantes. Estas actividades intencionales explicarían alrededor del 40% de la felicidad de las personas, y existe evidencia de que los cambios producidos por éstas estarían menos sujetos a la adaptación hedónica que las circunstancias vitales. De hecho, pueden contrarrestar el efecto de dicha adaptación sobre las circunstancias de vida, por ejemplo, prestando atención hacia los aspectos que produjeron inicialmente bienestar, o persiguiendo objetivos concretos dentro de sus circunstancias de vida, más que “dejarlas estar”. Piénsese en el cónyuge que busca el buen funcionamiento de su matrimonio a través de actos concretos, en contraste con otro que no está comprometido intencionalmente con su estado civil.

Por lo tanto, parece que sí es posible mejorar intencionalmente nuestro bienestar subjetivo, ya que no depende íntegramente de las circunstancias que nos rodean. Conocemos la relación positiva que existe entre el bienestar subjetivo y el psicológico o eudaimónico, la asociación encontrada en otros trabajos entre el bienestar psicológico y la *resiliencia*, además de su relación positiva con la calidad de vida y la capacidad para predecir a medio plazo algunas variables de ésta tal y como hemos visto en este estudio. A partir de ello se puede plantear la posibilidad de una intervención breve para aquellos que lo requieran, que además de centrarse en las dificultades sociales de los pacientes, trate de favorecer el afrontamiento y el aprendizaje a partir de los problemas o estresores (como puede ser la PB), teniendo en cuenta algunas de las dimensiones de bienestar psicológico. Una de las que ha sido resaltada en los resultados de esta tesis tiene que ver con el sentido que dota la persona a los acontecimientos que han tenido lugar en su vida y con los objetivos que se marca. En relación con esto, puesto que una parte de lo que somos está formada por las huellas que han dejado en nosotros las experiencias vividas¹⁹⁵, a través de diferentes técnicas se puede animar a la persona a encontrar qué aspectos de sí han sido impulsados por experiencias

estresantes, ayudándola a extraer aprendizajes y aspectos positivos de situaciones difíciles, además de ir elaborando un significado nuevo y más adaptativo de los acontecimientos. A la hora de promover que los pacientes establezcan algunos objetivos para su vida, hay que tener en cuenta que esas metas han de ser elegidas por la propia persona, relevantes para ella y congruentes con sus valores para que se relacionen positivamente con el bienestar¹⁹⁶. Savolaine y Granello (2002)¹⁸¹ citan algunos puntos que pueden ser relevantes para el psicólogo al ayudar a una persona en estos aspectos.

El compromiso religioso o espiritual se considera una fuente principal para que las personas proporcionen sentido a sus vidas¹⁹⁷. Otras personas encuentran sentido en el desempeño de determinado rol en su comunidad o en las relaciones interpersonales. El área laboral es otro posible ámbito en el que un determinado paciente puede formularse metas. Por otro lado, si un paciente considera que algún área de su vida está carente de significado, se puede ayudar a evitar sobregeneralizaciones, que le impidan ver qué ámbitos, sin embargo, sí tienen importancia y significado para él. A veces, repasar con el paciente qué aspectos fueron en el pasado significativos, puede animar a buscar o a retomar nuevas actividades importantes para la persona, o ayudarla a considerar que si fue capaz de encontrar sentido a la vida en una etapa anterior, también puede serlo en un nueva fase de su vida.

Se puede potenciar la aceptación personal a través de diversas técnicas que tratan de disminuir la excesiva autocrítica y el autocastigo, y buscan desarrollar un trato amable y considerado hacia la propia persona. Pueden resultar útiles adaptaciones de las propuestas que han diseñado diversos autores, como el programa específico de Gilbert y Procter (2006)¹⁹⁸ dirigido a promover la autoaceptación, y que ha mostrado ser útil en dos estudios, con pacientes con distintos diagnósticos (trastornos de

personalidad, esquizofrenia y trastornos afectivos crónicos) que tenían problemas en esta área, o las estrategias propuestas recientemente por Neff (2012)¹⁹⁹ para la población general.

A modo de resumen, Rumsey et al. (2008)²⁰⁰ a partir de diversos trabajos de investigación llevados a cabo a lo largo de tres años, han elaborado un marco de referencia para entender el proceso de adaptación en casos de desfiguración (incluyendo enfermedades tan diferentes como el vitíligo, acné, artritis, labio leporino o quemaduras). Si se completa ese modelo incluyendo la información obtenida en este trabajo y centrándonos en la PB, se obtendría un esquema similar al que se expone a continuación. Las variables en cursiva han sido estudiadas en la presente tesis, mientras que el resto corresponden a las halladas en otros estudios sobre desfiguraciones:

- Los **factores que predispondrían a una mejor o peor adaptación** a la parálisis o desfiguración facial incluirían los siguientes:
 - *Edad*: se ha encontrado que en algunas variables, los jóvenes presentaban mayores dificultades.
 - *Género*: en general, se ha encontrado un peor ajuste en las mujeres, aunque existen excepciones en determinadas variables.
 - Influencias sociales y culturales (los valores predominantes), así como la influencia de los padres y amigos. Grupo cultural.
 - Estatus relacional.
 - Historia de tratamiento.
 - *Gravedad de la parálisis*.

- Dentro de los **procesos psicológicos relacionados con la adaptación** se pueden citar:
 - Estilo disposicional optimista o pesimista.

- *Satisfacción vital.*
 - *Bienestar psicológico general.*
 - *Autoaceptación, relaciones positivas, propósito en la vida.*
 - Satisfacción con el apoyo social, que en parte está contemplado por la variable relaciones positivas.
 - Temor a la evaluación negativa, que en parte, se contempla dentro de la variable de bienestar psicológico.
 - Aceptación social. Este concepto estaría parcialmente relacionado con la variable sobre relaciones positivas.
 - Cogniciones relacionadas con la apariencia.
 - Comparación social (requiere más investigación)
 - Importancia que tiene la apariencia para la persona.
 - Cómo percibe su apariencia y *malestar con la misma.*
 - Discrepancia entre apariencia percibida y la apariencia que cree que debería tener.
 - Visibilidad subjetiva de la desfiguración.
- Algunas **variables psicológicas resultantes** tras sufrir una parálisis facial serían:
- Ansiedad social.
 - *Evitación social*, que persistiría varios meses después del diagnóstico.
 - *Sentimientos de ansiedad y depresión.*
 - *Falta de vitalidad* en las mujeres.
 - Hostilidad.
 - Sentimientos de vergüenza o inadecuación.
 - Problemas con la intimidad.
 - *Peor calidad de vida percibida en variables relacionadas con la salud física.*

Siguiendo igual que Rumsey et al.²⁰⁰ una aproximación por niveles de menor a mayor grado de intervención en relación a las posibles

necesidades psicosociales de los pacientes, y teniendo en cuenta tanto los conocimientos de trabajos previos, como los procesos anteriores, y la evolución que hemos visto en las personas con PB, se propone un plan de atención a los aspectos psicológicos como el que se expone a continuación.

En un primer nivel, encontraríamos la realización de preguntas informales de *screening* realizadas por los especialistas que atienden a los enfermos, en relación a su apariencia física, estado emocional y limitaciones actuales en su día a día, incluyendo de forma explícita la actividad social. El mero hecho de que el paciente perciba que su médico se preocupa de él de forma íntegra, incorporando el modelo biopsicosocial de manera natural, y evitando el reduccionismo que implicaría centrarse de forma exclusiva en los aspectos biológicos, conllevará que se sienta mejor atendido y con más confianza para poder expresar libremente si existe algún aspecto que produce elevada angustia o preocupación.

En un segundo nivel, encontraríamos la información proporcionada por el médico en relación a la evolución de la enfermedad y a diversos aspectos psicosociales generales, además de folletos de autoayuda realizados por especialistas que incluyan alguna información y consejos en materia médica y psicológica.

Un tercer nivel, dirigido exclusivamente a determinados pacientes en los que, pasadas las primeras semanas, persistan dificultades claras en la adaptación (participación escasa en actividades sociales o dificultades en el ámbito social, preocupaciones en torno a la apariencia física, discrepancia acusada entre el criterio médico y el del paciente en cuanto a la gravedad, signos de malestar emocional evidente, etc.) o en los que siendo éstas moderadas, existan determinados factores como una elevada gravedad, o signos que indiquen una evolución desfavorable o muy lenta de la parálisis facial, dificultades en el seguimiento de las recomendaciones médicas,

historia previa de preocupaciones clínicamente significativas en torno al aspecto físico... En este nivel, los afectados de PB con estos condicionantes asociados podrían realizar una sesión de evaluación y asesoramiento psicológico para una mejor adaptación. En función de si se apreciara la necesidad y si lo desearan, podrían recibir un número reducido de sesiones centradas en los aspectos que hemos señalado en las páginas precedentes. Los programas cognitivo-conductuales dirigidos a personas con desfiguración han mostrado ser útiles tanto en niños como en adultos^{201,202} en variables como la ansiedad, la frecuencia y el malestar percibido en relación a comentarios sobre su defecto, ansiedad social, afecto positivo, etc. Sería recomendable la utilización de entrenamiento en habilidades sociales (centradas en la comunicación no verbal, en el afrontamiento de comentarios o miradas intrusivas, etc.) y reestructuración de las creencias desadaptativas. Una de las estrategias que podría emplearse en enfermos con dificultades intensas en la autoaceptación, sería el diálogo de las dos sillas, que ayudaría a acceder a la parte autocrítica de los pacientes y a los sentimientos provocados por ésta. Se incrementaría la consciencia de la propia persona de su papel activo en la generación de sentimientos negativos y se facilitarían los procesos de autoconsuelo y aceptación²⁰³. En todos los casos habría que buscar la integración dentro de su historia vital de las situaciones estresantes vividas (incluyendo la propia parálisis facial o los eventos sucedidos previamente) dando un sentido de continuidad, y promoviendo la visión de las dificultades como desafíos y posibilidades de aprendizaje. Se facilitaría el acceso a los propios recursos internos saludables, buscando el fortalecimiento o la construcción de un horizonte motivacional.

Aunque estas recomendaciones se están especificando para los pacientes con PB, los aspectos generales pueden ser extensibles a otros con desfiguraciones debidas a otras causas. Una posibilidad a valorar, a fin de optimizar los recursos sanitarios, sería la de realizar intervenciones grupales

breves incluyendo pacientes con parálisis facial de diferente etiología. Ello podría resultar ventajoso al incorporar los beneficios bien conocidos que tienen las terapias grupales. Sin embargo, habría que valorar con profundidad la composición de los grupos, para que determinadas variables como por ejemplo, una diferente evolución de la parálisis de los distintos miembros, no interfirieran con los objetivos buscados.

Por último, los pacientes en los que se detectaran dificultades psicológicas muy significativas serían derivados al Servicio de Salud Mental, a fin de poder atender adecuadamente sus necesidades.

VII.- CONCLUSIONES

VII.- CONCLUSIONES

1. En relación a la calidad de vida:
 - a. Los pacientes que habían sido recientemente diagnosticados de parálisis de Bell, tenían una peor calidad de vida tanto en algunas dimensiones de carácter físico como psicológico respecto a la población general.
 - b. La calidad de vida de los pacientes evolucionó positivamente a lo largo de los meses, especialmente en el caso de las mujeres. La mejoría en el tiempo (a los tres meses y pasados más de seis) se produjo a diferente ritmo en función de las dimensiones de calidad de vida.
2. No se encontraron diferencias en la disforia por la apariencia física, valorada con la escala SIBID-S, entre los pacientes con parálisis de Bell y el grupo control, independientemente del sexo.
3. Respecto a los factores relacionados con el grado de afectación y con la evolución de la parálisis, se encontró que:
 - a. El grupo de mujeres con parálisis de Bell ha diferido en más dimensiones de la variable calidad de vida que los hombres, respecto al grupo control. Sin embargo, los hombres seguían presentando dificultades en el funcionamiento social pasados más de seis meses del diagnóstico al compararlos con el grupo control. A diferencia de lo que ocurre en la población general, los hombres no referían menor disforia corporal que las mujeres, en el momento del diagnóstico.
 - b. Los pacientes de mayor edad presentaban menos interferencias en el área social que los más jóvenes, y las mujeres mayores de 55 años experimentaron menor malestar por la apariencia física que las de menor edad.

- c. Sólo en el caso de los hombres, la incapacidad de movimiento estaba relacionada inicialmente con el nivel de angustia y depresión experimentado, y tendía a estarlo con la interferencia encontrada para realizar actividades sociales.
 - d. Los pacientes con mayor bienestar psicológico tendían a experimentar menos disforia relacionada con la apariencia física y puntuaban más alto en diversas dimensiones de calidad de vida.
 - e. Los pacientes que presentaban una mayor aceptación de sí mismos, tenían una mejor salud mental, se sentían más vitales, valoraban su salud más positivamente y referían estar más satisfechos con sus vidas que los que se encontraban en el rango de menor aceptación. La aceptación de uno mismo, en el momento del diagnóstico, era predictiva de la salud mental pasados más de seis meses.
 - f. Las puntuaciones iniciales en la capacidad para encontrar un propósito en la vida eran predictivas de algunas variables de calidad de vida como el grado de dolor y la interferencia en la actividad cotidiana debido a problemas físicos a los tres meses. El propósito en la vida también era predictor de la valoración de la propia salud, pasados más de seis meses del diagnóstico.
4. En el momento del diagnóstico, existe una relación lineal entre la valoración de la gravedad de la parálisis realizada por los pacientes y la capacidad de movimiento facial valorada por el clínico. Esta relación se incrementa a los tres meses y disminuye pasados más de seis meses.
5. Sería conveniente establecer un modelo de intervención psicológica por niveles en los pacientes con parálisis de Bell. Iría desde un *screening* general realizado por el médico especialista y la entrega de material escrito con información tanto médica como de tipo psicológico, hasta una intervención psicológica individual o grupal recortada en el tiempo, o la derivación a Salud Mental en el caso de los pacientes con problemas emocionales de elevada intensidad, a fin de mejorar la calidad de vida.

VIII.- ANEXOS

ANEXO I



Hospital Universitario La Paz

HOSPITAL GENERAL
SERVICIO DE O.R.L.PARALISIS FACIAL

Nombre:

-G.
Nº H^a
-P

Fecha:

Calle:

Nº

Población:

Prov.:

Telf.:

Prof.:

Sexo

Edad

HISTORIA CLINICACuándo apareció la parálisis? Fecha:Cómo apareció la parálisis? Súbita.

Progresiva

Por qué (a qué la atribuye)?

Lado afecto

Derecho

Izquierdo:

Dolor: Sí No

Fiebre: Sí No.

Alt.gusto: Sí No

Cefalea: Sí No.

Lagrimo: Sí No.

Algiacusia: Sí No

Hipoacusia: Sí No.

Acúfenos: Sí No.

Vértigo: Sí No.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Parálisis faciales anterior :

Sí No

Diabetes: Sí No

Viriasis recientes:

Sí No

Tipo

Otras alteraciones neurológicas:

Malformación congénita:

Traumatismo: Sí No

Proc.Inflamatorio: Sí No.

Proc.tumoral. Si. No.

Proc. Vascular.: Sí No.

Exp. al frío: Sí No.

Alergias: Sí No

ANTECEDENTES FAMILIARES:

EXPLORACION FUNCIONAL NERVIOS FACIALES

Test Funcional Motora

Test Excitabilidad

Fecha	Front.	Orb.Oj.	Ele.L.S. y Ris	Orb.Boc.	F. Decha	F. Izda.

Test.Schimer en cms.

Test Electrogeus

Test Salivación

Otros test.

Fecha	O .decho.	O. izdo	L. Decho	L. Izdo.	G.Sub.decha.	G.Sub.izda.

Test Electromiografía

Sig. Hemiesp.

Fecha	Est.Func.	Gº Denerv.	T,Reinerv.	Pronostico	Postparal

Coel. 021855

EXPLORACIÓN GENERAL O.R.L.

Pabellón:	Vesículas:	Sí No.
	Costras:	Sí No
Otoscopia:	Derecho:	
	Izquierdo:	

Región parotidea:

Resto exploración. O.R.L.:

FUNCIÓN AUDITIVA

FUNCIÓN VESTIBULAR

Resumen:

Resumen:

EXPLORACIONES ANALÍTICAS

EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA

Resumen:

Resumen:

INVESTIGACIÓN DE VIRUS

INFORME NEUROLÓGICO

Resumen:

Resumen:

CUESTIONARIO BIOGRÁFICO

FECHA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

ENFERMEDADES QUE PADECE:

¿ESTÁ EN TRATAMIENTO POR PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS? (rodee la opción que corresponda)

1. SÍ
2. NO

En caso de que haya señalado la opción SÍ, escriba el trastorno que padece:.....

NIVEL DE ESTUDIOS (rodee la opción que corresponda con su caso):

1. Sin estudios
2. Básicos o primarios
3. Secundarios (BUP, ESO)
4. Terminado COU, terminado el Bachillerato
5. FP II, módulos de grado superior... (cursándolos o finalizados)
6. Carrera universitaria (cursándolos o finalizados)

PROFESIÓN :

1. Sus labores
2. Parado
3. Jubilado
4. Con incapacidad permanente
5. Trabajando. Indique a qué se dedica: _____

ESTADO CIVIL

1. Soltero
2. Casado o conviviendo en pareja
3. Separado/divorciado
4. Viudo

Para contestar la siguiente pregunta, **rodee el número** situado debajo de la cara que mejor se identifique con la respuesta que desea dar: el número 1 significa la respuesta más negativa (la cara menos sonriente) y el número 7 la respuesta más positiva (cara más sonriente).

¿Qué opina sobre su vida en general? (sin tener en cuenta esta enfermedad):



1
Terrible



2
Infeliz



3
Más bien
insatisfecho



4
Medio



5
Más bien
satisfecho



6
Feliz



7
Muy
satisfecho

¿Cómo valora la gravedad de su parálisis facial **en este momento**? (rodee el número que considere adecuado)

1	2	3	4	5	6
No hay en absoluto parálisis	Leve	Moderada	Moderadamente severa	Severa	Parálisis total

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

Conteste a las siguientes preguntas rodeando en cada una el número que considere según esta escala:

1	2	3	4	5	6
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

SIBID-S

En distintos momentos y situaciones, las personas pueden experimentar sentimientos negativos en relación con su propia apariencia física. Tales sentimientos incluyen: sentir que es poco atractivo/a, ansiedad o insatisfacción con uno o más aspectos de su apariencia,... Este cuestionario enumera algunas situaciones y pregunta la frecuencia con la que tiene sentimientos negativos acerca de su apariencia física en cada una de esas situaciones. Piense en aquellos momentos en los que ha estado en cada situación e **indique con qué frecuencia ha tenido sentimientos negativos en relación con su apariencia física en esas situaciones**. Para indicar la frecuencia de experiencias emocionales negativas utilice la escala de 0 a 4 que presentamos a continuación.

0	1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Moderadamente frecuente	Frecuentemente	Siempre o casi siempre

Quizá haya situaciones en la lista en las que nunca haya estado o que evite. Para estas situaciones, simplemente indique con qué frecuencia cree que sentiría emociones negativas respecto a su apariencia. Por favor, responda honestamente el número de 0 a 4 que mejor describa sus experiencias. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

	0	1	2	3	4
1. En reuniones sociales en las que conozco a poca gente					
2. Cuando me miro en el espejo					
3. Cuando la gente me ve antes de que me haya arreglado					
4. Cuando estoy con personas atractivas de mi mismo sexo					
5. Cuando estoy con personas atractivas del sexo opuesto					
6. Cuando alguien mira partes de mi aspecto que a mí no me gustan					
7. Cuando me miro desnudo en el espejo					
8. Cuando me pruebo ropa nueva en una tienda					
9. Después de haber comido un menú completo					
10. Cuando veo personas atractivas en la televisión o en las revistas					
11. Cuando me subo a la báscula para pesarme					
12. Cuando preveo o tengo relaciones sexuales					
13. Cuando ya estoy de mal humor por algo					
14. Cuando el tema de conversación es sobre la apariencia física					
15. Cuando alguien hace comentarios desfavorables sobre mi aspecto					
16. Cuando me veo en una foto o en un video					
17. Cuando pienso en qué aspecto me gustaría tener					
18. Cuando pienso qué aspecto puedo tener en el futuro					
19. Cuando estoy con determinada persona					
20. Durante determinadas actividades recreativas (de ocio)					

ANEXO II

ÍTEM DE SIBID-S	GRUPO	N	Media	D.T.	U de Mann-Whitney	Sig.
SIBID1	pacientes	45	1,38	1,353	1105,5	0,875
	control	50	1,16	0,889		
SIBID2	pacientes	45	1,71	1,502	982,5	0,266
	control	50	1,26	1,026		
SIBID3	pacientes	45	1,18	1,466	1099,5	0,840
	control	50	0,96	0,989		
SIBID4	pacientes	45	1,07	1,468	929	0,123
	control	50	1,12	0,940		
SIBID5	pacientes	45	1,27	1,452	1023,5	0,427
	control	50	1,20	0,881		
SIBID6	pacientes	45	1,47	1,392	1124	0,994
	control	50	1,38	1,159		
SIBID7	pacientes	45	1,11	1,402	960,5	0,196
	control	50	1,16	0,934		
SIBID8	pacientes	45	1,00	1,206	974	0,233
	control	50	1,10	0,931		
SIBID9	pacientes	45	0,82	1,284	960,5	0,239
	control	49	0,86	0,979		
SIBID10	pacientes	45	0,73	1,250	1062	0,568
	control	50	0,52	0,974		
SIBID11	pacientes	45	0,96	1,331	1027	0,434
	control	50	0,96	1,049		
SIBID12	pacientes	44	0,68	1,052	1034	0,560
	control	50	0,50	0,839		
SIBID13	pacientes	45	1,33	1,398	1057,5	0,599
	control	50	1,10	1,129		
SIBID14	pacientes	45	1,09	1,184	963,5	0,198
	control	50	0,74	0,853		
SIBID15	pacientes	45	1,58	1,500	1087,5	0,770
	control	50	1,32	0,999		
SIBID16	pacientes	45	1,98	1,588	866,5	0,046
	control	50	1,26	0,965		
SIBID17	pacientes	45	1,31	1,427	1096	0,821
	control	50	1,08	1,027		
SIBID18	pacientes	44	1,45	1,470	961,5	0,274
	control	50	1,04	1,068		
SIBID19	pacientes	45	1,18	1,386	1041,5	0,506
	control	50	0,84	0,976		
SIBID20	pacientes	45	1,04	1,313	1117,5	0,952
	control	50	0,82	0,941		

Tabla 8.1. Medias, desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para los ítems del SIBID-S en el grupo control y el grupo con parálisis.

ÍTEM DE SIBID-S	GRUPO (hombres)	N	Media	D.T.	U de Mann-Whitney	Sig.																																																																																																																																																																																																														
SIBID1	pacientes	21	1,33	1,390	216,5	0,915																																																																																																																																																																																																														
	control	21	1,10	0,831			SIBID2	pacientes	21	1,57	1,434	171,5	0,199	control	21	1,00	1,225	SIBID3	pacientes	21	1,10	1,546	197,5	0,518	control	21	0,52	0,680	SIBID4	pacientes	21	0,67	1,155	184,5	0,315	control	21	0,71	0,717	SIBID5	pacientes	21	1,43	1,469	209	0,762	control	21	1,10	,768	SIBID6	pacientes	21	1,62	1,564	187	0,382	control	21	1,10	1,091	SIBID7	pacientes	21	1,05	1,322	209	0,756	control	21	0,76	0,831	SIBID8	pacientes	21	1,00	1,265	203,5	0,644	control	21	0,67	0,730	SIBID9	pacientes	21	0,67	1,238	199	0,733	control	21	0,50	0,688	SIBID10	pacientes	21	0,86	1,493	198	0,463	control	21	0,29	0,561	SIBID11	pacientes	21	0,71	1,102	210,5	0,775	control	21	0,48	0,602	SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820	control	21	0,38	0,590	SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control
SIBID2	pacientes	21	1,57	1,434	171,5	0,199																																																																																																																																																																																																														
	control	21	1,00	1,225			SIBID3	pacientes	21	1,10	1,546	197,5	0,518	control	21	0,52	0,680	SIBID4	pacientes	21	0,67	1,155	184,5	0,315	control	21	0,71	0,717	SIBID5	pacientes	21	1,43	1,469	209	0,762	control	21	1,10	,768	SIBID6	pacientes	21	1,62	1,564	187	0,382	control	21	1,10	1,091	SIBID7	pacientes	21	1,05	1,322	209	0,756	control	21	0,76	0,831	SIBID8	pacientes	21	1,00	1,265	203,5	0,644	control	21	0,67	0,730	SIBID9	pacientes	21	0,67	1,238	199	0,733	control	21	0,50	0,688	SIBID10	pacientes	21	0,86	1,493	198	0,463	control	21	0,29	0,561	SIBID11	pacientes	21	0,71	1,102	210,5	0,775	control	21	0,48	0,602	SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820	control	21	0,38	0,590	SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944								
SIBID3	pacientes	21	1,10	1,546	197,5	0,518																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,52	0,680			SIBID4	pacientes	21	0,67	1,155	184,5	0,315	control	21	0,71	0,717	SIBID5	pacientes	21	1,43	1,469	209	0,762	control	21	1,10	,768	SIBID6	pacientes	21	1,62	1,564	187	0,382	control	21	1,10	1,091	SIBID7	pacientes	21	1,05	1,322	209	0,756	control	21	0,76	0,831	SIBID8	pacientes	21	1,00	1,265	203,5	0,644	control	21	0,67	0,730	SIBID9	pacientes	21	0,67	1,238	199	0,733	control	21	0,50	0,688	SIBID10	pacientes	21	0,86	1,493	198	0,463	control	21	0,29	0,561	SIBID11	pacientes	21	0,71	1,102	210,5	0,775	control	21	0,48	0,602	SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820	control	21	0,38	0,590	SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																			
SIBID4	pacientes	21	0,67	1,155	184,5	0,315																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,71	0,717			SIBID5	pacientes	21	1,43	1,469	209	0,762	control	21	1,10	,768	SIBID6	pacientes	21	1,62	1,564	187	0,382	control	21	1,10	1,091	SIBID7	pacientes	21	1,05	1,322	209	0,756	control	21	0,76	0,831	SIBID8	pacientes	21	1,00	1,265	203,5	0,644	control	21	0,67	0,730	SIBID9	pacientes	21	0,67	1,238	199	0,733	control	21	0,50	0,688	SIBID10	pacientes	21	0,86	1,493	198	0,463	control	21	0,29	0,561	SIBID11	pacientes	21	0,71	1,102	210,5	0,775	control	21	0,48	0,602	SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820	control	21	0,38	0,590	SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																														
SIBID5	pacientes	21	1,43	1,469	209	0,762																																																																																																																																																																																																														
	control	21	1,10	,768			SIBID6	pacientes	21	1,62	1,564	187	0,382	control	21	1,10	1,091	SIBID7	pacientes	21	1,05	1,322	209	0,756	control	21	0,76	0,831	SIBID8	pacientes	21	1,00	1,265	203,5	0,644	control	21	0,67	0,730	SIBID9	pacientes	21	0,67	1,238	199	0,733	control	21	0,50	0,688	SIBID10	pacientes	21	0,86	1,493	198	0,463	control	21	0,29	0,561	SIBID11	pacientes	21	0,71	1,102	210,5	0,775	control	21	0,48	0,602	SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820	control	21	0,38	0,590	SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																									
SIBID6	pacientes	21	1,62	1,564	187	0,382																																																																																																																																																																																																														
	control	21	1,10	1,091			SIBID7	pacientes	21	1,05	1,322	209	0,756	control	21	0,76	0,831	SIBID8	pacientes	21	1,00	1,265	203,5	0,644	control	21	0,67	0,730	SIBID9	pacientes	21	0,67	1,238	199	0,733	control	21	0,50	0,688	SIBID10	pacientes	21	0,86	1,493	198	0,463	control	21	0,29	0,561	SIBID11	pacientes	21	0,71	1,102	210,5	0,775	control	21	0,48	0,602	SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820	control	21	0,38	0,590	SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																				
SIBID7	pacientes	21	1,05	1,322	209	0,756																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,76	0,831			SIBID8	pacientes	21	1,00	1,265	203,5	0,644	control	21	0,67	0,730	SIBID9	pacientes	21	0,67	1,238	199	0,733	control	21	0,50	0,688	SIBID10	pacientes	21	0,86	1,493	198	0,463	control	21	0,29	0,561	SIBID11	pacientes	21	0,71	1,102	210,5	0,775	control	21	0,48	0,602	SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820	control	21	0,38	0,590	SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																															
SIBID8	pacientes	21	1,00	1,265	203,5	0,644																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,67	0,730			SIBID9	pacientes	21	0,67	1,238	199	0,733	control	21	0,50	0,688	SIBID10	pacientes	21	0,86	1,493	198	0,463	control	21	0,29	0,561	SIBID11	pacientes	21	0,71	1,102	210,5	0,775	control	21	0,48	0,602	SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820	control	21	0,38	0,590	SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																										
SIBID9	pacientes	21	0,67	1,238	199	0,733																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,50	0,688			SIBID10	pacientes	21	0,86	1,493	198	0,463	control	21	0,29	0,561	SIBID11	pacientes	21	0,71	1,102	210,5	0,775	control	21	0,48	0,602	SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820	control	21	0,38	0,590	SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																																					
SIBID10	pacientes	21	0,86	1,493	198	0,463																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,29	0,561			SIBID11	pacientes	21	0,71	1,102	210,5	0,775	control	21	0,48	0,602	SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820	control	21	0,38	0,590	SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																																																
SIBID11	pacientes	21	0,71	1,102	210,5	0,775																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,48	0,602			SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820	control	21	0,38	0,590	SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																																																											
SIBID12	pacientes	21	0,52	0,873	213	0,820																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,38	0,590			SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652	control	21	1,00	1,183	SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																																																																						
SIBID13	pacientes	21	1,14	1,195	203,5	0,652																																																																																																																																																																																																														
	control	21	1,00	1,183			SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140	control	21	0,52	0,750	SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																																																																																	
SIBID14	pacientes	21	0,95	0,973	167	0,140																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,52	0,750			SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896	control	21	1,33	0,856	SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																																																																																												
SIBID15	pacientes	21	1,62	1,596	215,5	0,896																																																																																																																																																																																																														
	control	21	1,33	0,856			SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190	control	21	1,00	1,000	SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																																																																																																							
SIBID16	pacientes	21	1,62	1,465	170,5	0,190																																																																																																																																																																																																														
	control	21	1,00	1,000			SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361	control	21	0,62	0,740	SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																																																																																																																		
SIBID17	pacientes	21	1,05	1,244	187	0,361																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,62	0,740			SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182	control	20	0,57	0,676	SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																																																																																																																													
SIBID18	pacientes	21	1,20	1,361	162,5	0,182																																																																																																																																																																																																														
	control	20	0,57	0,676			SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126	control	21	0,48	0,512	SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																																																																																																																																								
SIBID19	pacientes	21	1,10	1,221	164,5	0,126																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,48	0,512			SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432	control	21	0,90	0,944																																																																																																																																																																																																			
SIBID20	pacientes	21	0,90	1,300	191,5	0,432																																																																																																																																																																																																														
	control	21	0,90	0,944																																																																																																																																																																																																																

Tabla 8.2. Medias, desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para los ítems del SIBID-S en los **hombres** del grupo control y del grupo con parálisis.

ÍTEM DE SIBID-S	GRUPO (mujeres)	N	Media	D.T.	U de Mann-Whitney	Sig.																																																																																																																																																																																																														
SIBID1	pacientes	24	1,42	1,349	340,5	0,880																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,21	0,940			SIBID2	pacientes	24	1,83	1,579	340,5	0,626	control	29	1,45	0,827	SIBID3	pacientes	24	1,25	1,422	312	0,499	control	29	1,28	1,066	SIBID4	pacientes	24	1,42	1,640	301	0,380	control	29	1,41	0,983	SIBID5	pacientes	24	1,13	1,454	275	0,170	control	29	1,28	0,960	SIBID6	pacientes	24	1,33	1,239	300,5	0,377	control	29	1,59	1,181	SIBID7	pacientes	24	1,17	1,494	251,5	0,070	control	29	1,45	0,910	SIBID8	pacientes	24	1,00	1,180	250	0,063	control	29	1,41	0,946	SIBID9	pacientes	24	0,96	1,334	291	0,280	control	29	1,10	1,081	SIBID10	pacientes	24	0,63	1,013	344	0,933	control	29	0,69	1,168	SIBID11	pacientes	24	1,17	1,494	296,5	0,337	control	29	1,31	1,168	SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529	control	29	0,59	0,983	SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control
SIBID2	pacientes	24	1,83	1,579	340,5	0,626																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,45	0,827			SIBID3	pacientes	24	1,25	1,422	312	0,499	control	29	1,28	1,066	SIBID4	pacientes	24	1,42	1,640	301	0,380	control	29	1,41	0,983	SIBID5	pacientes	24	1,13	1,454	275	0,170	control	29	1,28	0,960	SIBID6	pacientes	24	1,33	1,239	300,5	0,377	control	29	1,59	1,181	SIBID7	pacientes	24	1,17	1,494	251,5	0,070	control	29	1,45	0,910	SIBID8	pacientes	24	1,00	1,180	250	0,063	control	29	1,41	0,946	SIBID9	pacientes	24	0,96	1,334	291	0,280	control	29	1,10	1,081	SIBID10	pacientes	24	0,63	1,013	344	0,933	control	29	0,69	1,168	SIBID11	pacientes	24	1,17	1,494	296,5	0,337	control	29	1,31	1,168	SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529	control	29	0,59	0,983	SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951								
SIBID3	pacientes	24	1,25	1,422	312	0,499																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,28	1,066			SIBID4	pacientes	24	1,42	1,640	301	0,380	control	29	1,41	0,983	SIBID5	pacientes	24	1,13	1,454	275	0,170	control	29	1,28	0,960	SIBID6	pacientes	24	1,33	1,239	300,5	0,377	control	29	1,59	1,181	SIBID7	pacientes	24	1,17	1,494	251,5	0,070	control	29	1,45	0,910	SIBID8	pacientes	24	1,00	1,180	250	0,063	control	29	1,41	0,946	SIBID9	pacientes	24	0,96	1,334	291	0,280	control	29	1,10	1,081	SIBID10	pacientes	24	0,63	1,013	344	0,933	control	29	0,69	1,168	SIBID11	pacientes	24	1,17	1,494	296,5	0,337	control	29	1,31	1,168	SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529	control	29	0,59	0,983	SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																			
SIBID4	pacientes	24	1,42	1,640	301	0,380																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,41	0,983			SIBID5	pacientes	24	1,13	1,454	275	0,170	control	29	1,28	0,960	SIBID6	pacientes	24	1,33	1,239	300,5	0,377	control	29	1,59	1,181	SIBID7	pacientes	24	1,17	1,494	251,5	0,070	control	29	1,45	0,910	SIBID8	pacientes	24	1,00	1,180	250	0,063	control	29	1,41	0,946	SIBID9	pacientes	24	0,96	1,334	291	0,280	control	29	1,10	1,081	SIBID10	pacientes	24	0,63	1,013	344	0,933	control	29	0,69	1,168	SIBID11	pacientes	24	1,17	1,494	296,5	0,337	control	29	1,31	1,168	SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529	control	29	0,59	0,983	SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																														
SIBID5	pacientes	24	1,13	1,454	275	0,170																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,28	0,960			SIBID6	pacientes	24	1,33	1,239	300,5	0,377	control	29	1,59	1,181	SIBID7	pacientes	24	1,17	1,494	251,5	0,070	control	29	1,45	0,910	SIBID8	pacientes	24	1,00	1,180	250	0,063	control	29	1,41	0,946	SIBID9	pacientes	24	0,96	1,334	291	0,280	control	29	1,10	1,081	SIBID10	pacientes	24	0,63	1,013	344	0,933	control	29	0,69	1,168	SIBID11	pacientes	24	1,17	1,494	296,5	0,337	control	29	1,31	1,168	SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529	control	29	0,59	0,983	SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																									
SIBID6	pacientes	24	1,33	1,239	300,5	0,377																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,59	1,181			SIBID7	pacientes	24	1,17	1,494	251,5	0,070	control	29	1,45	0,910	SIBID8	pacientes	24	1,00	1,180	250	0,063	control	29	1,41	0,946	SIBID9	pacientes	24	0,96	1,334	291	0,280	control	29	1,10	1,081	SIBID10	pacientes	24	0,63	1,013	344	0,933	control	29	0,69	1,168	SIBID11	pacientes	24	1,17	1,494	296,5	0,337	control	29	1,31	1,168	SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529	control	29	0,59	0,983	SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																				
SIBID7	pacientes	24	1,17	1,494	251,5	0,070																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,45	0,910			SIBID8	pacientes	24	1,00	1,180	250	0,063	control	29	1,41	0,946	SIBID9	pacientes	24	0,96	1,334	291	0,280	control	29	1,10	1,081	SIBID10	pacientes	24	0,63	1,013	344	0,933	control	29	0,69	1,168	SIBID11	pacientes	24	1,17	1,494	296,5	0,337	control	29	1,31	1,168	SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529	control	29	0,59	0,983	SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																															
SIBID8	pacientes	24	1,00	1,180	250	0,063																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,41	0,946			SIBID9	pacientes	24	0,96	1,334	291	0,280	control	29	1,10	1,081	SIBID10	pacientes	24	0,63	1,013	344	0,933	control	29	0,69	1,168	SIBID11	pacientes	24	1,17	1,494	296,5	0,337	control	29	1,31	1,168	SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529	control	29	0,59	0,983	SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																										
SIBID9	pacientes	24	0,96	1,334	291	0,280																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,10	1,081			SIBID10	pacientes	24	0,63	1,013	344	0,933	control	29	0,69	1,168	SIBID11	pacientes	24	1,17	1,494	296,5	0,337	control	29	1,31	1,168	SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529	control	29	0,59	0,983	SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																																					
SIBID10	pacientes	24	0,63	1,013	344	0,933																																																																																																																																																																																																														
	control	29	0,69	1,168			SIBID11	pacientes	24	1,17	1,494	296,5	0,337	control	29	1,31	1,168	SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529	control	29	0,59	0,983	SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																																																
SIBID11	pacientes	24	1,17	1,494	296,5	0,337																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,31	1,168			SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529	control	29	0,59	0,983	SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																																																											
SIBID12	pacientes	23	0,83	1,193	303,5	0,529																																																																																																																																																																																																														
	control	29	0,59	0,983			SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683	control	29	1,17	1,104	SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																																																																						
SIBID13	pacientes	24	1,50	1,560	326	0,683																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,17	1,104			SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629	control	29	0,90	0,900	SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																																																																																	
SIBID14	pacientes	24	1,21	1,351	323	0,629																																																																																																																																																																																																														
	control	29	0,90	0,900			SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763	control	29	1,31	1,105	SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																																																																																												
SIBID15	pacientes	24	1,54	1,444	332	0,763																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,31	1,105			SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068	control	29	1,45	0,910	SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																																																																																																							
SIBID16	pacientes	24	2,29	1,654	249,5	0,068																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,45	0,910			SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823	control	29	1,41	1,086	SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																																																																																																																		
SIBID17	pacientes	24	1,54	1,560	336	0,823																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,41	1,086			SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619	control	29	1,38	1,178	SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																																																																																																																													
SIBID18	pacientes	24	1,67	1,551	321	0,619																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,38	1,178			SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828	control	29	1,10	1,145	SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																																																																																																																																								
SIBID19	pacientes	24	1,25	1,539	336,5	0,828																																																																																																																																																																																																														
	control	29	1,10	1,145			SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828	control	29	0,76	0,951																																																																																																																																																																																																			
SIBID20	pacientes	24	1,17	1,341	336,5	0,828																																																																																																																																																																																																														
	control	29	0,76	0,951																																																																																																																																																																																																																

Tabla 8.3. Medias, desviaciones típicas y prueba de Mann-Whitney para los ítems del SIBID-S en las **mujeres** del grupo control y del grupo con parálisis.

	% REGIÓN FRONTAL	% ORBICULAR OJO	% MÚSCULO ELEVADOR COMÚN	% CIGOMÁTICO	FPRP
SATISFACCIÓN VITAL	-0,036	-0,123	0,042	0,040	0,048
BIENESTAR PSICOLÓGICO	0,033	-0,156	0,024	0,061	0,155
AUTOACEPTACIÓN	0,055	-0,069	0,053	0,049	0,080
RELACIONES POSITIVAS	0,038	-0,084	0,021	0,023	0,319*
PROPÓSITO EN LA VIDA	0,115	-0,034	0,067	0,101	0,059

* La correlación es significativa al nivel 0,05 . ** La correlación es significativa al nivel 0,01

Tabla 8.4. Correlaciones de Pearson entre la capacidad de movimiento de los músculos faciales, la satisfacción vital y las variables de bienestar psicológico en las pacientes.

		% REGIÓN FRONTAL	% ORBICULAR OJO	% MÚSCULO ELEVADOR COMÚN	% CIGOMÁTICO	FPRP
SATISFACCIÓN VITAL	H	0,130	0,213	0,075	0,071	0,134
	M	-0,036	-0,123	0,042	0,040	-0,027
BIENESTAR PSICOLÓGICO	H	0,318	0,312	0,033	0,308	0,241
	M	0,033	-0,156	0,024	0,061	0,043
AUTOACEPTACIÓN	H	0,264	0,346	0,217	0,213	0,178
	M	0,055	-0,069	0,053	0,049	-0,020
RELACIONES POSITIVAS	H	0,574**	0,540*	0,605**	0,557*	0,617**
	M	0,038	-0,084	0,021	0,023	0,003
PROPÓSITO EN LA VIDA	H	-0,033	0,054	0,030	0,060	0,008
	M	0,115	-0,034	0,067	0,101	0,104
RELACIONES POSITIVAS	H	3M % FRONTAL	3M % OJO	3M % ELEVADOR COMÚN	3M % CIGOMÁTICO	3M FPRP
		0,662*	0,407*	0,693*	0,702*	0,617**

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 8.5. Correlaciones de Pearson entre la capacidad de movimiento de los músculos faciales, la satisfacción vital y las variables de bienestar psicológico en los hombres (H) y mujeres (M) y entre la capacidad de movimiento a los 3 meses (3M) y las relaciones positivas.

	% FRONTAL	% OJO	% NARIZ	% BOCA	FPRP
RELACIONES POSITIVAS	0,490*	0,459*	0,544*	0,479*	0,562*

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 8.6. Correlación parcial entre la capacidad de movimiento de los músculos faciales y las relaciones positivas en los hombres, controlando la variable función social.

HOMBRES

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
FUNCIÓN FÍSICA	9	95,000	7,500	80	100
3 M FUNCIÓN FÍSICA	9	96,111	7,8174	80	100
6 M FUNCIÓN FÍSICA	9	91,667	14,361	55	100
ROL FÍSICO	9	65,278	34,674	0	100
3 M ROL FÍSICO	9	72,917	32,476	12,5	100
6M ROL FÍSICO	9	75,694	27,854	31,25	100
DOLOR	9	56,444	25,437	22	100
3M DOLOR	9	79,889	26,327	31	100
6M DOLOR	9	81,000	25,189	31	100
SALUD GENERAL	9	79,333	15,945	50	100
3M SALUD GENERAL	9	73,222	14,489	52	95
6M SALUD GENERAL	9	78,000	18,801	50	100
VITALIDAD	9	72,917	21,875	37,5	93,75
3M VITALIDAD	9	67,361	16,470	43,75	93,75
6M VITALIDAD	9	72,222	15,344	50	93,75
FUNCIÓN SOCIAL	9	76,389	30,901	0	100
3M FUNCIÓN SOCIAL	9	80,556	21,751	50	100
6M FUNCIÓN SOCIAL	9	83,333	21,651	37,5	100
ROL EMOCIONAL	9	79,630	29,496	16,67	100
3M ROL EMOCIONAL	9	86,111	16,667	50	100
6M ROL EMOCIONAL	9	86,111	19,543	50	100
SALUD MENTAL	9	72,778	18,219	35	95
3M SALUD MENTAL	9	77,222	14,813	60	95
6M SALUD MENTAL	9	79,444	19,597	50	100
COMPONENTE FÍSICO	9	49,937	8,219	40,79	61,42
3M COMPONENTE FÍSICO	9	52,380	8,443	38,75	62,89
6MESES COMPONENTE FÍSICO	9	52,470	6,856	41,35	59,08
COMPONENTE MENTAL	9	48,859	14,256	15,90	62,74
3M COMPONENTE MENTAL	9	49,828	8,399	36,70	59,02
6M COMPONENTE MENTAL	9	51,547	10,751	34,97	64,42

Tabla 8.7. Medias, desviaciones típicas y valores mínimos y máximos de las puntuaciones en calidad de vida de los pacientes varones que realizaron tres evaluaciones.

	FUNCIÓN FÍSICA Y 3M FUNCIÓN FÍSICA	FUNCIÓN FÍSICA 3M Y 6M	FUNCIÓN FÍSICA Y 6M FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO Y 3M ROL FÍSICO	ROL FÍSICO 3M Y 6M	ROL FÍSICO Y 6M ROL FÍSICO
Z	-0,535	-0,542	-0,184	-0,773	-1,134	-1,101
Sig	0,593	0,588	0,854	0,440	0,257	0,271
	DOLOR Y 3M DOLOR	DOLOR 6 Y 3 MESES	DOLOR Y 6M DOLOR	SALUD GENERAL Y 3M SALUD GENERAL	SALUD GENERAL 3M Y 6M	SALUD GENERAL Y 6M SALUD GENERAL
Z	-2,100	-0,184	-2,100	-1,845	-1,278	0,406
Sig	0,036	0,854	0,036	<i>0,065</i>	0,201	0,684
	VITALIDAD Y 3M VITALIDAD	VITALIDAD 3M Y 6M	VITALIDAD Y 6M VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL Y 3M FUNCIÓN SOCIAL	FUNCIÓN SOCIAL 3M Y 6M	FUNCIÓN SOCIAL Y 6M FUNCIÓN SOCIAL
Z	-1,160	-1,403	-0,144	0,412	-0,530	-1,063
Sig	0,246	0,161	0,886	0,680	0,596	0,288
	ROL EMOCIONAL Y 3M ROL EMOCIONAL	ROL EMOCIONAL 3M Y 6M	ROL EMOCIONAL Y 6M ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL Y 3M SALUD MENTAL	SALUD MENTAL 3M Y 6M	SALUD MENTAL Y 6M SALUD MENTAL
Z	0,000	-0,368	-0,211	-1,207	-0,974	-1,279
Sig	1,000	0,713	0,833	0,228	0,330	0,201
	COMPONENTE FÍSICO Y 3M	COMPONENTE FÍSICO 3M Y 6M	COMPONENTE FÍSICO Y 6M	COMPONENTE MENTAL Y 3M	COMPONENTE MENTAL 3M Y 6M	COMPONENTE MENTAL Y 6M
Z	-1,362	-0,059	-1,007	-0,296	-1,007	-0,770
Sig	0,173	0,953	0,314	0,767	0,314	0,441

Tabla 8.8. Prueba de Wilcoxon para las puntuaciones en calidad de vida de los pacientes varones que realizaron tres evaluaciones.

MUJERES

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
FUNCIÓN FÍSICA	20	81	20,876	25	100
3 M FUNCIÓN FÍSICA	20	79,5	23,050	25	100
6 M FUNCIÓN FÍSICA	20	81,5	17,778	35	100
ROL FÍSICO	20	63,75	35,216	0	100
3 M ROL FÍSICO	20	75,625	31,078	0	100
6M ROL FÍSICO	20	80,625	21,546	31,25	100
DOLOR	20	54,3	29,958	0	100
3M DOLOR	20	68,8	27,759	0	100
6M DOLOR	20	57,55	27,702	10	100
SALUD GENERAL	20	53,95	25,205	10	92
3M SALUD GENERAL	20	60,85	21,465	20	92
6M SALUD GENERAL	20	68,75	23,624	22	100
VITALIDAD	20	49,375	19,649	12,5	93,75
3M VITALIDAD	20	58,125	27,137	12,5	100
6M VITALIDAD	20	60,625	26,055	6,25	100
FUNCIÓN SOCIAL	20	63,125	32,055	0	100
3M FUNCIÓN SOCIAL	20	75	27,205	12,5	100
6M FUNCIÓN SOCIAL	20	80,625	25,156	12,5	100
ROL EMOCIONAL	20	67,083	26,830	0	100
3M ROL EMOCIONAL	20	80	22,685	16,67	100
6M ROL EMOCIONAL	20	85,833	19,701	50	100
SALUD MENTAL	20	51	18,468	20,	90
3M SALUD MENTAL	20	67	15,509	400	90
6M SALUD MENTAL	20	68,50	14,877	35	100
COMPONENTE FÍSICO	20	47,457	11,064	18,24	61,1
3M COMPONENTE FÍSICO	20	48,531	10,657	21,9	59,45
6MESES COMPONENTE FÍSICO	20	48,315	7,456	35,18	58,15
COMPONENTE MENTAL	20	37,745	11,076	20,28	58,72
3M COMPONENTE MENTAL	20	46,082	9,037	26,59	59,87
6M COMPONENTE MENTAL	20	48,596	9,235	24,11	62,58

Tabla 8.9. Medias, desviaciones típicas y valores mínimos y máximos de las puntuaciones en calidad de vida de las pacientes mujeres que realizaron tres evaluaciones.

	FUNCIÓN FÍSICA Y 3M FUNCIÓN FÍSICA	FUNCIÓN FÍSICA 3M Y 6M	FUNCIÓN FÍSICA Y 6M FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO Y 3M ROL FÍSICO	ROL FÍSICO 3M Y 6M	ROL FÍSICO Y 6M ROL FÍSICO
Z	-0,234	-0,127	-0,604	-1,758	-0,495	-1,921
Sig	0,815	0,899	0,546	<i>0,079</i>	0,621	<i>0,055</i>
	DOLOR Y 3M DOLOR	DOLOR 6 Y 3 MESES	DOLOR Y 6M DOLOR	SALUD GENERAL Y 3M SALUD GENERAL	SALUD GENERAL 3M Y 6M	SALUD GENERAL Y 6M SALUD GENERAL
Z	-2,013	-1,611	-1,611	-1,613	-2,396	-2,667
Sig	0,044	0,107	0,798	0,107	0,017	0,008
	VITALIDAD Y 3M VITALIDAD	VITALIDAD 3M Y 6M	VITALIDAD Y 6M VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL Y 3M FUNCIÓN SOCIAL	FUNCIÓN SOCIAL 3M Y 6M	FUNCIÓN SOCIAL Y 6M FUNCIONES SOCIAL
Z	-1,314	-0,782	-1,861	-1,974	-1,341	-2,278
Sig	0,189	0,434	<i>0,063</i>	0,048	0,180	0,023
	ROL EMOCIONAL Y 3M ROL EMOCIONAL	ROL EMOCIONAL 3M Y 6M	ROL EMOCIONAL Y 6M ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL Y 3M SALUD MENTAL	SALUD MENTAL 3M Y 6M	SALUD MENTAL Y 6M SALUD MENTAL
Z	-2,228	-1,115	-3,017	-2,771	-0,620	-3,209
Sig	0,026	0,265	0,003	0,006	0,535	0,001
	COMPONENTE FÍSICO Y 3M	COMPONENTE FÍSICO 3M Y 6M	COMPONENTE FÍSICO Y 6M	COMPONENTE MENTAL Y 3M	COMPONENTE MENTAL 3M Y 6M	COMPONENTE MENTAL Y 6M
Z	0,373	-0,672	-0,448	-2,725	-1,867	-3,360
Sig	0,709	0,502	0,654	0,006	<i>0,062</i>	0,001

Tabla 8.10. Prueba de Wilcoxon para las puntuaciones en calidad de vida de las pacientes mujeres.

	6 M FUNCIÓN FÍSICA	6 M ROL FÍSICO	6M DOLOR	6M SALUD GENERAL	6M VITALI- DAD	6M FUN- CIÓN SOCIAL	6M ROL EMO- CIONAL	6M SALUD MENTAL
U de Man- n-Whit- ney	75,500	87,500	92,000	87,000	89,500	52,000	77,000	80,500
Sig.	0,276	0,667	0,844	0,673	0,760	0,016	0,315	0,467

	COMPONENTE FÍSICO	COMPONENTE MENTAL
U de Mann-Whitney	91	90
Sig.	0,816	0,781

Tabla 8.11. Prueba de Mann-Whitney para las puntuaciones en calidad de vida en los pacientes **varones** pasados más de seis meses y los del grupo control.

	6 M FUNCIÓN FÍSICA	6 M ROL FÍSICO	6M DOLOR	6M SALUD GENERAL	6M VITALI- DAD	6M FUNCIÓN SOCIAL	6M ROL EMO- CIONAL	6M SALUD MENTAL
U de Man- n-Whit- ney	227,000	302,500	267,500	361,500	319,000	314,500	347,500	304,000
Sig.	0,011	0,211	0,072	0,858	0,364	0,285	0,652	0,246

	6M COMPONENTE FÍSICO	6M COMPONENTE MENTAL
U de Mann-Whitney	261	350
Sig.	0,060	0,709

Tabla 8.12. Prueba de Mann-Whitney para las puntuaciones en calidad de vida en las pacientes **mujeres** pasados más de seis meses y las del grupo control.

	Media	D.T.	Z	Sig.
SATISFACCIÓN VITAL	5,31	1,198		
6 MESES SATISFACCIÓN VITAL	5,48	1,184	-0,914	0,361
BIENESTAR PSICOLÓGICO	4,582	0,483		
6 MESES BIENESTAR PSICOLÓGICO	4,687	0,581	-0,903	0,367
AUTOACEPTACIÓN	4,808	0,701		
6 MESES AUTOACEPTACIÓN	4,846	0,781	-0,625	0,532
RELACIONES POSITIVAS	4,392	1,029		
6MESES RELACIONES	4,485	1,040	-0,297	0,766
PROPÓSITO EN LA VIDA	4,954	0,626		
6MESES PROPÓSITO	4,977	0,709	-0,409	0,683

Tabla 8.13. Medias, desviaciones típicas y test de Wilcoxon para las diferencias de puntuaciones al inicio y a los seis meses o más, de los pacientes que completaron las tres evaluaciones (n=29), en las variables de bienestar psicológico.

	6MESES SATISFACCIÓN VITAL - SATISFACCIÓN VITAL	6MESES BIENESTAR PSICOL. - BIENESTAR PSICOL.	6MESES AUTOACEPTACIÓN - AUTOACEPTACIÓN	6MESES RELACIONES-RELACIONES POSITIVAS	6MESES PROPÓSITO - PROPÓSITO EN LA VIDA
Z	-0,432	-1,073	-0,246	-0,472	-0,483
Sig. asintót.	0,665	0,283	0,805	0,637	0,629

*p< 0, 05, **p<0,01

Tabla 8.14. Test de Wilcoxon para las puntuaciones de bienestar psicológico al inicio y a los seis meses, de todos los pacientes con parálisis que completaron la primera y tercera evaluación en las variables de bienestar.

	N	Media	D.T.	Z	Sig.
SATISFACCIÓN VITAL	12	5,42	1,084	-1,414	0,157
6 MESES SATISFACCIÓN VITAL	12	5,25	1,138		
BIENESTAR PSICOLÓGICO	11	4,784	0,549	-1,958	0,050
6 MESES BIENESTAR PSICOLÓGICO	11	4,589	0,588		
AUTOACEPTACIÓN	11	4,750	0,829	-1,354	0,176
6 MESES AUTOACEPTACIÓN	11	4,591	0,785		
RELACIONES POSITIVAS	11	4,673	1,336	-0,821	0,411
6 MESES RELACIONES	11	4,491	0,904		
PROPÓSITO EN LA VIDA	11	5,000	0,482	-1,679	0,093
6 MESES PROPÓSITO	11	4,800	0,657		

Tabla 8.15. Medias, desviaciones típicas y test de Wilcoxon para las diferencias de puntuaciones al inicio y a los seis meses o más, de los pacientes varones en las variables de bienestar.

	N	Media	D.T.	Z	Sig.
SATISFACCIÓN VITAL	24	5,42	1,213	-0,752	0,452
6 MESES -SATISFACCIÓN VITAL	24	5,58	1,100		
BIENESTAR PSICOLÓGICO-	22	4,553	0,427	-2,405	0,016
6 MESES BIENESTAR PSICOLÓGICO	22	4,776	0,579		
AUTOACEPTACIÓN-	22	4,909	0,549	-1,046	0,296
6 MESES AUTOACEPTACIÓN	22	5,000	0,673		
RELACIONES POSITIVAS-	22	4,346	0,867	-1,082	0,279
6 MESES RELACIONES	22	4,600	1,148		
PROPÓSITO EN LA VIDA-	22	4,955	0,665	-1,480	0,139
6 MESES PROPÓSITO	22	5,091	0,678		

Tabla 8.16. Medias, desviaciones típicas y test de Wilcoxon para las diferencias de puntuaciones al inicio y a los seis meses o más, de las pacientes en las variables de bienestar.

ANEXO III

		PARÁLISIS DE BELL		POBLACIÓN ESPAÑOLA	
		Media	D.T.	Media	D.T.
FUNCION FÍSICA	Hombre	96	6,4	88,2	21,5
	Mujer	79,4	23,1	81,5	25,7
ROL FÍSICO	Hombre	75	31,2	87,2	31,5
	Mujer	61	34,6	79,5	38
DOLOR	Hombre	63,9	26,5	84,0	24,9
	Mujer	56,5	28,9	74,4	29,7
SALUD GENERAL	Hombre	76,1	17	70,8	21,1
	Mujer	51,9	25,4	65,9	22,8
VITALIDAD	Hombre	70,5	17,1	70,5	21,1
	Mujer	49,3	22	63,6	22,6
FUNCIÓN SOCIAL	Hombre	76,7	27,5	92,5	17,6
	Mujer	59,5	32,3	87,9	21,7
ROL EMOCIONAL	Hombre	82,5	24,3	92,9	24,1
	Mujer	65,3	28,9	84,4	34,2
SALUD MENTAL	Hombre	71	13,8	76,9	18,6
	Mujer	51,8	21,8	70,1	20,9

Tabla 8.17. Valores poblacionales en calidad de vida (SF-36) en función del sexo y en los pacientes con parálisis facial analizados en este estudio.

IX.- BIBLIOGRAFÍA

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Noya M, Pardo J. Diagnóstico y tratamiento de la parálisis facial. *Neurología*. 1997; 12: 33-40.
2. De Diego-Sastre JI, Prim-Espada MP, Fernández García F. Epidemiología de la parálisis facial. *Revista de Neurología*. 2005; 41 (5): 287-29.
3. De Diego JI, Prim MP y Gavilán J. Etiopatogenia de la parálisis facial periférica idiopática o de Bell. *Revista de Neurología*. 2001; 32 (11): 1055-1059.
4. Hilger JA. The nature of Bell's palsy. *Laryngoscope* 1949; 59: 228-35.
5. Misurya VK. Neurogenic concept of Bell's palsy. *J Laryngol Otol* 1975; 89: 1107-11.
6. Gussen R. Pathogenesis of Bell's palsy. Retrograde epineural edema and postedematous fibrous compression neuropathy of the facial nerve. *Ann Otol* 1977; 86: 549-58.
7. Aviel A, Otsfeld E, Burstein R, Marshak G, Bentwich Z. Peripheral blood T and B lymphocyte subpopulations in Bell's palsy. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1983; 92: 187-91.
8. McGovern FH, Konigsmark BW, Sydnor JB. An immunological concept for Bell's palsy-experimental study. *Laryngoscope* 1972; 82: 1594-601.
9. Abramski O, Webb C, Teitelbaum D, Arnon R. Cellular immune response to peripheral nerve basic protein in idiopathic facial paralysis (Bell's palsy). *J Neurol Sci* 1975; 26: 13-20.

10. Maños-Pujol M, Buendía E, Mestre M, Jiménez R, Gil E, Menen JP, Maños-Gonzalbo M. Cellular immunity abnormalities in patients with recurrent Bell's palsy. *Clin Otolaryngol.* 1987; 12: 283-287.
11. Fisch U, Esslen E. Total intratemporal exposure of the facial nerve. *Arch Otolaryngol* 1972; 95: 335-41.
12. Goldberg MJ, Harte S. Emotional factors contributing to facial paralysis. *J Am Geriatr Soc.* 1972; 7:324-329.
13. Torsten S, Huber M, Buchner H. Posttraumatic Bell's Palsy. *American Journal of Psychiatry.* 2001; 158:322.
14. Santos-Lasaosa S, Pascual-Millán LF, Tejero-Juste C, Morales-Asín F. Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol* 2000; 30: 1048-53.
15. Fernández JM, Mederer S, Battle J, Pardo J, Torres M. Evaluación neurofisiológica de la parálisis periférica y tendencias actuales en su tratamiento. *Rehabilitación* 1993; 27: 35-43.
16. De Diego JI, Prim MP. Utilización del aciclovir en la parálisis facial aguda periférica idiopática (de Bell). *Acta Otorrinolaring Esp* 1999; 50: 121-4.
17. Harper A, Power N. Development of the World Health Organization WHOQoL- Brief Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine.* 1998; 28: 551-558.
18. Sánchez-Sosa J, González-Celis A. Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En Caballo VE, Director. *Manual para la*

evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Pirámide; 2006. 473-492.

19. Resende LA, Weber S. Peripheral facial palsy in the past: contributions from Avicenna, Nicolaus Friedrich and Charles Bell. *Arq Neuropsiquiatr* 2008; 66:765-769.

20. Chalier P. Un nouveau cas de paralysie faciale sur une terre cuite smyrniote hellénistique. *Icono-diagnostic et paléopathologie des paralysies fáciles. Histoire des Sciences Medicales* 2007; XLI (1): 49-60.

21. Herreman F. To cure and protect. *Sickness and health in African art: New York, The Museum for African Art; 1999.*

22. Sajadi MM, Sajadi MM, Sajadi MR, Tabatabaie SM. The history of facial palsy and spasm. *Hippocrates to Razi. Neurology*, 2011; 77:174–178.

23. Bird TD. Nicolaus A. Friedreich's description of peripheral facial nerve paralysis in 1298. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1979; 42: 56—58.

24. Van de Graaf R C, Nicolai, JP. Bell's Palsy Before Bell: Cornelis Stalpart van der Wiel's Observation of Bell's Palsy in 1683. *Otology & Neurotology*. 2005; 26 (6): 1235-1238.

25. Jongkees LBW. Bemerkungen zur Geschichte der Fazialischirurgie. *HNO*. 1979;27:325-33.

26. Resende LA, Weber S. The authors' reply about the right facial palsy of Charles Bell. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009; 67:783-784.

27. Sandín B, Chorot R, Santed MA, Jiménez MR. Trastornos psicósomáticos. En: Belloch A, Sandín B, y Ramos F. Manual de Psicopatología (Vol. 2). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1995. p. 401-469.
28. Godbout JP, Glaser R. Stress-induced immune dysregulation: implications for wound healing, infectious disease and cancer. *J. Neuroimmune Pharmacol.* 2006; 1: 421-427
29. Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ, Gómez D. Psychological well-being and health: Contributions from Positive Psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology.* 2009; 5: 15-28.
30. Schmitz P. Personality, stress-reactions and disease. *Personality and Individual Differences.* 1992; 3: 683-691.
31. Sandín B, Chorot P, Jiménez MP, Santed MA. Stress behavior types, psychosomatic complaints and disease. *Stress News.* 1994; 5: 4-9.
32. Cohen S, Williamson GM. Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull.* 1991; 109: 5-24.
33. Levi L, Anderson L. La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. Méjico: El Manual modern; 1980.
34. Vázquez-Barbero JL, Herrera Castanedo S, Vázquez Bourgón E, Gaité Pindado L. Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud: WHO_DAS II. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.

35. Riff CD, Singer B. Ironías de la condición humana: bienestar y salud en el camino a la mortalidad. En: Aspinwall L G, Staudinger U M (eds.). *Psicología del Potencial Humano. Cuestiones fundamentales y normas para una Psicología Positiva*. Barcelona: Gedisa; 2007; p. 111- 126.
36. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *A. Rev. Psychol.* 2001;52: 141–166.
37. Vázquez C. La ciencia del bienestar psicológico. En: Vázquez C, Hervás G. *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial; 2009. P. 13-43.
38. Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1989; 57: 1069-1081.
39. Cohen S, Alper CM, Doyle W J, Treanor JJ, Turner R B. Positive Emotional Style Predicts Resistance to Illness After Experimental Exposure to Rhinovirus or Influenza A Virus. *Psychosomatic Medicine.* 2006; 68:809-815.
40. Xu J, Roberts RE. The power of positive emotions: It's a matter of life or death—Subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. *Health Psychology.* 2010; 29: 9–19.
41. Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin.* 2005; 131: 925–971.
42. Vázquez C, Castilla C. Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología.* 2007; 4: 385-404.

43. Ryff CD, Singer BH, Dienberg Love G. Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B, Biological Sciences*. 2004; 359: 1383–1394.
44. Brown WM, Consedine NS, Magai C. Altruism relates to health in an ethnically diverse sample of older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*; 2005; 60: 143–52.
45. Brummett BH, Helms MJ, Dahlstrom WG, Siegler IC. Prediction of all-cause mortality by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory Optimism-Pessimism Scale scores: Study of a college sample during a 40-year follow-up period. *Mayo Clinic Proceedings*. 2006; 81: 1541–1544.
46. Diener E, Chan MY. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2011; 3:1-43.
47. Smith IM, Mountain RE, Murray JAM. An out-patient review of facial palsy in the community. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*. 1994; 19 (3): 198-200.
48. Coulson SE, O'dwyer NJ, Adams RD, Croxson GR. Expression of emotion and quality of life after facial nerve paralysis. *Otol Neurotol*. 2004; 25:1014-9.
49. Serrano Dueñas M. Espasmo hemifacial, calidad de vida y depresión. *Revista de Neurología*. 1999;29:1108-11.

50. VanSwearingen JM, Cohn JF, Turnbull J, Mrzai T, Johnson PC: Psychological distress: Linking impairment with disability in facial neuromuscular disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998; 118:790.

51. VanSwearingen J, Cohn J y Bajaj-Luthra A. Specific impairment of smiling increases severity of depressive symptoms in patients with facial neuromuscular disorders. *Journal of Aesthetic Plastic Surgery.* 1999; 23:416–423.

52. Merkel KE, Schmidt KL, Levenstein RM, VanSwearingen JM, Bentley BC. Positive affect predicts improved lip movement in facial movement disorder. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;137:100–10.

53 Cárdenas CA, Quiroz MF, Cañón DV. Calidad de vida en pacientes con parálisis de Bell. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2012: 30(1): 52-64.

54. Grammer K, Thornhill R. Human (*homo sapiens*) facial attractiveness and sexual selection: The role of symmetry and averageness. *Journal of Comparative Psychology.* 1994; 108: 233–242.

55. Shackelford TK, Larsen RJ. Facial asymmetry as an indicator of psychological, emotional, and physiological distress. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1997; 72: 456-466.

56. Fink B, Neave N, Manning JT, Grammer K. Facial symmetry and judgements of attractiveness, health and personality. *Personality & Individual Differences.* 2006; 41: 491-499.

57. Jones BC, Little AC, Penton-Voak IS, Tiddeman BP, Burt DM, Perrett DI. Facial symmetry and judgements of apparent health. Support for a "good

genes"explanation of the attractiveness–symmetry relationship. *Evolution and Human Behavior*. 2001; 22: 417 – 429.

58. Pound N, Penton-Voak IS, Brown WM. Facial symmetry is positively associated with self-reported extraversion. *Personality and Individual Differences*. 2007; 43: 1572–1582.

59. Stevenage SV, McKay Y. Model applicants: The effect of facial appearance on recruitment decisions. *Br J Psychology* 1999; 90:221-234.

60. Rumsey N, Bull R, Gahagan D. The Effect of Facial Disfigurement on the Proxemic Behavior of the General Public. *Journal of Applied Social Psychology*. 1982; 12 (2):137–150.

61. Bull R, Stevens J. The effects of facial disfigurement on helping behavior. *The Italian Journal of Psychology*. 1981; 8(1): 345-351.

62. Walters E. Problems faced by children and families living with visible differences. En: Lansdown R, Rumsey N, Bradbury E, Carr T, Partridge J, editors. *Visible difference: Coping with disfigurement*. Oxford: ButterworthHeinemann; 1995. p.112–120.

63. Furr LA, Wiggins O, Cunningham M et al. Psychosocial implications of disfigurement and the future of human face transplantation. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(2):559–565.

64. Houston V, Bull R. Do people avoid sitting next to someone who is facially disfigured? *European Journal of Social Psychology*. 1994; 24: 279 – 284.

65. Robinson E., Rumsey N, Partridge J. An evaluation of social interaction skills training for facially disfigured people. *British Journal of Plastic Surgery*. 1996; 49: 281–289.
66. Thompson AR, Kent G. Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*. 2001; 21: 663-82.
67. Goffman E. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth: Penguin Books; 1968.
68. Bernstein N. *Emotional care of the facially burned and disfigured*. Boston: Little Brown and Company; 1976.
69. Langer E, Fiske S, Taylor S, Chanowitz B. Stigma, staring and discomfort: a novel-stimulus hypothesis. *Journal of Experimental and Social Psychology*. 1976; 12: 451-463.
70. Schilder P. *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Buenos Aires: Paidós; 1935.
71. Cash TF. Body image: past, present, and future. *Body Image* 2004; 1:1–5.
72. Thompson JK. *Body image disturbances: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press; 1990.
73. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2004; 22, 15-27.
74. Mock V. Body image in women treated for breast cancer. *Nurse Review*. 1993;42:153–7.

75. Cash TF, Pruzinsky, T. Body images: development, deviance and changes. Nueva York: Guilford Press; 1990.
76. Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz* 2007;8:171–183.
77. Moss T P, Carr T. Understanding adjustment to disfigurement: The role of the self-concept. *Psychology and Health*. 2004; 19: 737–748.
78. Harter S. The construction of the self: A developmental perspective. New York: Guilford Press; 1999.
79. Kent G, Thompson A. The development & maintenance of shame in disfigurement: Implications for treatment. En Gilbert P y Miles J. (Eds.), *Body shame*. Hove: Brunner-Routledge; 2002. 103–116.
80. Rumsey N, Harcourt D. Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image*. 2004; 1: 83-97.
81. Fauerbach JA, Lawrence JW, Schmidt CW, Munster AM, Costa PT. Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000; 188: 510– 517.
82. Benrud-Larson LM, Heinberg LJ, Boling C, et al. Body image dissatisfaction among women with scleroderma: extent and relationship to psychosocial function. *Health Psycho*. 2003; 22:130-139.
83. Partridge J. Changing Faces: taking up Macgregor’s challenge. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 1998; 19: 174-180.

84. Clarke A. Psychosocial aspects of facial disfigurement: Problems, management and the role of a lay-led organization. *Psychology, Health & Medicine*. 1999; 2: 128–14.
85. Kent G. Testing a model of disfigurement: effects of skin a camouflage service on well-being and appearance anxiety. *Psychology and Health*. 2002; 17: 377–386.
86. Ben-Tovim D, Walker M K. Body image, disfigurement and disability. *Journal of Psychosomatic Research*. 1995; 39: 283–291.
87. Porter J, Beuf A, Lerner A, Norlund J. The effect of vitiligo on sexual relationships. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1990; 22: 221-222.
88. Rumsey N, Clarke A, White P, Wyn-Williams M, Garlick W. Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement. *J Adv Nurs*. 2004; 48:443– 453.
89. Jensen MP, Karoly P. Pain-specific beliefs, perceived symptom severity, and adjustment to chronic pain. *Clin J. Pain* 1992;8:123-130.
90. Newell R, Marks I. Phobic nature of social difficulty in facially disfigured people. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 176:177–181.
91. Hagedoorn M, Molleman E. Facial disfigurement in patients with head and neck cancer: The role of social self-efficacy. *Health Psychology*. 2006; 25(5): 643-647.

92. Adour KK, Swanson PJ Jr. Facial paralysis in 403 consecutive patients: emphasis on treatment response in patients with Bell's palsy. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol.* 1971; 75(6): 1284-301.
93. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc).* 1995;104:771-776.
94. Cash TF. The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders.* 2002; 32: 362-366.
95. Perpiñá J, Gallego MJ, Botella, C. Psychometric properties of the Situational Inventory of Body-Image Dysphoria-Short form in a Spanish sample. *Body image.* 2006; 3: 301-306.
96. Ryff C, Keyes C. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1995; 69: 719-727.
97. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema.* 2006; 16 (3): 572-577.
98. Lehman AF, Postrado LT, Rachuba LT. Convergent validation of quality of life assessments for persons with severe mental illness. *Quality of Life Research.* 1993; 2:327-333.
- 99 Ávila-Espada A. El desarrollo del sentido de Sí mismo y del sentido de vergüenza: la vergüenza como señal de construcción del Self . A propósito del trabajo de Andrew P. Morrison: Fenómenos narcisistas y vergüenza. *Clínica e Investigación Relacional.* 2008; 2 (1): 46-57.

100. Preyer W. The Mind of the Child Part II: the Development of the Intellect. New York: Appleton; 1889.

101. Cole J. On being "faceless": Selfhood and facial embodiment. *Journal of Consciousness Studies*. 1997; 4 (5-6): 467-84.

102. Meltzoff AN, Gopnik A. The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. En: Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen DJ, editors. *Understanding other minds: Perspectives from autism*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 335-366.

103. Freitas KCS, Goffi-Gomez MVG. Grau de percepção e incômodo quanto à condição facial em indivíduos com paralisia facial periférica na fase de sequelas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008; 13(2):113-8.

104. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De La Fuente De Hoz L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)*. 1998; 111:410-416.

105. Vial MF. Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en población adulta [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina, 2009.

106. Espinosa de los Monteros MJ, Alonso J, Ancochea J, Gonzalez A. Calidad de vida en asma: fiabilidad y validez del cuestionario genérico SF-36 aplicado a la población asmática de un área sanitaria. *Arch Bronconeumol* 2002; 38(1):4-9.

107. Cirera F, Reina M, Martín JL. Utilidad de la calidad de vida como herramienta de enfermería para la valoración de los pacientes con

insuficiencia renal crónica. En: Comunicaciones Presentadas XXXII Congreso Nacional SEDEN. Cádiz; 2007. 103-108.

108. Fu L, Bundy C, Sadiq SA. Psychological distress in people with disfigurement from facial palsy. *Eye*. 2011; 25(10): 1322–1326.

109. Bradbury ET, Simons W, Sanders R. Psychological and social factors in reconstructive surgery for hemi-facial palsy. *Journal of Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*. 2006; 59:272-278.

110. Anderson G. Anxiety, optimism, and symptoms reporting following surgery for acoustic neuroma. *J Psychosom Res*. 1999; 46(3):257–260.

111. Bogart KR, Matsumoto D. Living with Moebius syndrome: Adjustment, social competence, and satisfaction with life. *Cleft Palate–Craniofacial Journal*. 2010; 47:134–142.

112. Cross T, Sheard CE, Garrud P, Nikolopoulos TP, O'Donoghue GM. Impact of facial paralysis on patients with acoustic neuroma. *Laryngoscope*. 2000; 110:1539-1542.

113. Guntinas-Lichius O, Straesser A, Streppel M. Quality of life after facial nerve repair. *Laryngoscope*. 2007; 117:421-426.

114. Ishii L, Godoy A, Encarnacion CO, Byrne PJ, Boahene, KDO, Ishii M. Not just another face in the crowd: Society's perceptions of facial paralysis. *The Laryngoscope*. 2012;122(3):533-538.

115. Ishii L, Godoy A, Encarnacion CO, Byrne PJ, Boahene, KDO, Ishii M. What Faces Reveal: Impaired Affect Display in Facial Paralysis. *Laryngoscope*. 2011; 121:1138–1143.

116. Miles L, Johnston L. Detecting happiness: Perceiver sensitivity to enjoyment and non-enjoyment smiles. *Journal of Nonverbal Behavior*. 2007;31:259–275.
117. Mehu M, Little AC, Dunbar RIM. Duchenne smiles and the perception of generosity and sociability in faces. *Journal of Evolutionary Psychology*. 2007;5:133-146.
118. Wylie DR, Goodale MA. Left-sided oral asymmetries in spontaneous but not posed smiles. *Neuropsychologia*. 1988; 26: 823-832.
119. Ambadar Z, Cohn JF, Reed LI.. All smiles are not created equal: Morphology and timing of smiles perceived as amused, polite, and embarrassed/nervous. *Journal of Nonverbal Behavior*. 2009; 33:17–34.
120. Borod JC, Haywood CS, Koff E.. Neuropsychological aspects of facial asymmetry during emotional expression: a review of the normal adult literature. *Neuropsychol*. 1997; 7 (1):41– 60.
121. Brodal A. *The cranial nerves: anatomy and anatomic-clinical correlations*. Oxford: Blackwell; 1965.
122. Nicholls ME, Ellis BE, Clement JG, Yoshino M. Detecting hemifacial asymmetries in emotional expression with three-dimensional computerized image analysis. *Proc Biol Sci*. 2004; 271: 663–668.
123. Borod JC, Koff E, Yecker S, Santschi C, Schmidt JM. Facial asymmetry during emotional expression: gender, valence and measurement technique. *Psychophysiology*. 1998; 36:1 209–1215.

124. Dimberg U, Petterson, M. Facial reactions to happy and angry facial expressions: evidence for right hemisphere dominance. *Psychophysiology*. 2000; 37: 693–696.
125. Krumhuber EG, Manstead ASR. Can Duchenne smiles be feigned? New evidence on felt and false smiles. *Emotion*. 2009; 9: 807-820.
126. Brown WM, Moore C. Smile asymmetries and reputation as reliable indicators of likelihood to cooperate: An evolutionary analysis. *Advances in Psychology Research*. 2002; 11: 59-78.
127. Soussignan R. Duchenne smile, emotional experience, and autonomic reactivity: A test of the facial feedback hypothesis. *Emotion*. 2002; 2: 52–74.
128. Kraft TL. The role of positive facial feedback in the stress response [Tesis doctoral]. Kansas: University of Kansas; 2011.
129. Davis JI, Senghas A, Brandt F, Ochsner KN. The effects of BOTOX injections on emotional experience. *Emotion*. 2010; 10:433-440.
130. Ekman P, Davidson RJ. Voluntary smiling changes regional brain activity. *Psychological Science*. 1993; 4: 342–345.
131. Davis JI, Senghas A, Ochsner K N. How does facial feedback modulate emotional experience? *Journal of Research in Personality*. 2009; 43: 822–829.
132. Hrabosky J I, Cash TF, Veale D, Neziroglu F, Soll EA, Garner DM et al. Multidimensional body image comparisons of eating disorders, body

dysmorphic disorder, and clinical controls: A multi-site study under review. *Body Image: An International Journal of Research*. 2009; 6: 155-163.

133. Frederick DA, Peplau LA, Lever J. The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of heterosexual adults. *Body Image: An International Journal of Research*. 2006; 4: 413– 419.

134. Adams G, Turner H, Bucks R. The experience of body dissatisfaction in men. *Body Image*. 2005; 2: 271-283.

135. Esnaola I. El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología*. 2008; 24 (1): 1-8.

136. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*. 2004; 55: 745-774.

137. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*. 2001; 56: 218–226.

138. Ellsworth PC, Smith CA. Shades of joy: Patterns of appraisal differentiating pleasant emotions. *Cognition and Emotion*. 1988; 2:301–331.

139. Frijda N. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

140. Izard CE. *Human emotions*. New York: Plenum; 1977.

141. Csikszentmihalyi M. *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper and Row; 1990.

142. Deci EL, Ryan RM. The "what" and the "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychol. Inq.* 2000; 11:227-236.
143. Tomkins SS. *Affect Imagery Consciousness: The Positive Affects* (Vol. 1). New York: Springer; 1962.
144. Lewis M. Self-Conscious Emotions: Embarrassment, Pride, Shame and Guilt. En Lewis M, Haviland JM, editors. *Handbook of Emotions*. New York: Guilford; 1993. pp. 563-594.
145. McCullough ME, Kilpatrick SD, Emmons R A, Larson DB. Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin.* 2001; 127: 249-266.
146. Fredrickson BL, Mancuso RA, Branigan C, Tugade MM. The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion.* 2000;24:237–258.
147. Fredrickson BL, Levenson RW. Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion.* 1998; 12:191–220
148. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL. The role of daily positive emotions during conjugal bereavement. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* 2004; 59:168 –176.
149. Whited MC, Wheat AL, Larkin KL. The influence of forgiveness and apology on cardiovascular reactivity and recovery in response to mental stress. *Journal of Behavioral Medicine.* 2007; 30(4):291-302.
150. Papousek I, Nauschnegg K, Paechter M, Lackner HK, Goswami N, Schuster G. *Biological Psychology.* 2010; 83(2):108-115.

151. Bostock S, Hamer M, Wawrzyniak AJ, Mitchell ES, Steptoe A. Positive emotional style and subjective, cardiovascular and cortisol responses to acute laboratory stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2011; 36:1175–1183.
152. Radstaak M, Geurts SAE, Brosschot JF, Cillessen AHN, Kompier MAJ. The role of affect and rumination in cardiovascular recovery from stress. *International Journal of Psychophysiology*. 2011; 81(3):237–44.
153. Rodríguez Carvajal R, Díaz D, Moreno B, Blanco A, Van Dierendonck D. Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo bienestar psicológico. *Psicothema*. 2010; 22(1):63-70.
154. Ryan RM, Frederick CM. On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*. 1997; 65: 529-565.
155. Van Dierendonck D, Rodríguez-Carvajal R, Moreno-Jiménez B, Dijkstra MTM. Goal integration and well-being: Self-regulation through inner resources in The Netherlands and Spain. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2009; 40: 746–747.
156. Keyes C, Ryff C, Shmotkin D. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002; 82:1007-1022.
157. Castañeiras C, Verdinelli S, Posada MC. Psicología Positiva y Salud: estudio de las relaciones entre bienestar psicológico, resiliencia y afrontamiento en adultos. En 4to. Congreso Iberoamericano de Psicología Positiva. Buenos Aires; 2009.

158. Markus H. Self-schemas and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1977 ; 35: 63-78.

159. Markus H. The self in thought and memory. En: Wegner DM, Vallacher RR, editores. *The self in social psychology*. New York: Oxford University Press; 1980. p. 102-130.

160. Avia MD, Sánchez Bernardos ML. *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid : Pirámide; 1995.

161. Leary MR, Rapp SR, Herbst KC, Exum ML, Feldman SR. Interpersonal concerns and psychological difficulties of psoriasis patients: effects of disease severity and fear of negative evaluation. *Health Psychol* 1998; 17: 530-6.

162. Potocka A, Turczyn-Jablońska K, Mercez D. Psychological correlates of quality of life in dermatology patients: the role of mental health and self acceptance. *Acta Dermatoven APA*. 2009; 18:53-60.

163. Ryff CD, Singer B. Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review*. 2000; 4: 30 – 44.

164. Maslow A. *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairós; 1962.

165. Pietromonaco PR, Barreto LF. The Internal Working Models Concept. What Do We Really Know About the Self in Relation to Others? *Review of General Psychology*. 2000;4: 155-175.

166. Gopnik A, Meltzoff AN. Minds, bodies, and persons: young children's understanding of the self and others as reflected in imitation and theory of

mind research. En: Parker ST, editores. *Self-Awareness in Animals and Humans: Developmental Perspectives*. Cambridge University Press; 1994. p. 166–186.

167. Decety J, Sommerville JA. Shared representations between self and others: A social cognitive neuroscience view. *Trends in Cognitive Science*. 2003; 7: 527-533.

168. Humphrey N. The uses of consciousness. En: Brockman J, editor. *Speculations: The Reality Club*. New York: Prentice Hall; 1990. p. 67–84.

169. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals NY Acad Sci*. 1998; 840: 33-44.

170. Ryff CD, Singer B, Wing E, Love GD. Elective affinities and uninvited agonies: Mapping emotion with significant others onto health. En: Ryff CD, Singer B, editors. *Emotion, social relationships and health*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 133-188.

171. Singer B, Ryff CD. Hierarchies of life histories and associated health risks. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999; 896: 96-115.

172. Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Heder; 1981.

173. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

174. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 1999; 4: 163-180.

175. Vázquez C, Hervás C. Salud positiva: Del síntoma al bienestar. En: Vázquez C, Hervás G, editores. *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brower; 2008. p. 17-39.

176. Harrison TC, Stuijbergen AK. Life purpose. *Rehabilitation Nursing*. 2006; 31(4):149–154.

177. Mascaro N, Rosen DH. Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *Journal of Personality*. 2005; 73:985–1014.

178. Halama P, Bakošová K. Meaning in life as a moderator of the relationship between perceived stress and coping. *Studia Psychologica*. 2009; 51: 143-148.

179. Steger MF. Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. En: Wong PTP, editor. *The human quest for meaning*. 2 ed. New York: Routledge; 1998. p. 1-19.

180. Salthouse AR. The role of meaning in stress management. *The International Forum for Logotherapy*. 1998; 21: 100-110.

181. Savolaine J, Granello PF. The function of meaning and purpose for individual wellness. *Journal of Humanistic Counseling, Education, and Development*. 2002; 41(2): 178-180.

182. Sullivan MD, LaCroix AZ, Russo JE, Walker EA. Depression and self-reported physical health in patients with coronary disease: mediating and moderating factors. *Psychosomatic Medicine*. 2001; 63:248-256.

183. Cohen S, Doyle WJ, Turner RB, Alper CM, Skoner DP. Emotional Style and Susceptibility to the Common Cold. *Psychosomatic Medicine*. 2003; 65 (4): 652–657.

184. Røysamb E, Tambs K, Reichborn-Kjennerud T, Neale MC, Harris JR. Happiness and health. How do environmental and genetic factors contribute to the relationship between subjective well-being, perceived health and somatic illness?. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 85(6): 1136- 1146.

185. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*. 1999; 125(2): 276-303.

186. Schleicher H, Alonso C, Shirtcliff EA, Muller D, Loevinger BL, Coe CL. In the face of pain: the relationship between psychological wellbeing and disability in women with fibromyalgia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2005; 74: 231–239.

187. Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*. 2009; 28: 147–156.

188. Besteiro JA, Lemos S, Muñiz J, Costas C, Weruaga, A. Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2008; 8: 411-427.

189. Godoy J, Sánchez-Huete J, Muela J. Evaluación del nivel de comunicación médico-paciente en la consulta ambulatoria. *Revista de Psicología de la Salud*. 1994; 6: 103-122.

190. Amigo I, Fernández Rodríguez C, Pérez Álvarez M. Manual de Psicología de la Salud. 3ª ed. Madrid: Pirámide; 2009.
191. Cahners S. Young woman with breast burns. A self-help group by mail. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 1992; 13: 44-47.
192. Newell R. Body image disturbance: cognitive—behavioural formulation and intervention. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16: 1400-1405.
193. Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*. 2005; 9:111–131.
194. Diener E, Lucas R, Scollon CN. Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*. 2006; 61: 305-314.
195. Niemeyer A. *Lessons of Loss*. Psychoeducational Resources. Florida: Keystone Heights; 2000.
196. Brunstein JC, Schultheiss OC, Grässmann R. Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998; 75(2): 494-508.
197. Westgate CE. Spiritual wellness and depression. *Journal of Counseling and Development*. 1996; 75: 26-36.
198. Gilbert P, Procter S. Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2006; 13: 353–379.

199. Neff K. Sé amable contigo mismo. El arte de la compasión hacia uno mismo. Barcelona: Ediciones Oniro; 2012.

200. Rumsey N, Byron-Daniel J, Charlton R, Clarcke A, Clarcke SA, Harcourt D et al. Identifying the psychosocial factors and processes contributing to successful adjustment to disfiguring conditions. Bristol: The healing foundation; 2008.

Disponible

en:

<http://www.thehealingfoundation.org.uk/thf2008/images08/media/ARCFinalReport.pdf>

201. Kleve L, Rumsey N, Wyn-Williams M, White P. The effectiveness of cognitive-behavioural intervention provided at outlook: a disfigurement support unit. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2002; 8(4): 387–394.

202. Maddern LH, Cadogan JC, Emerson MP. 'Outlook': A Psychological Service for Children with a Different Appearance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 11(3): 431–443.

203. Greenberg L, Paivio S. Trabajar con las emociones en psicoterapia. Barcelona: Paidós; 1999.