



## AJUSTAMENTO À LESÃO MEDULAR TRAUMÁTICA E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE MENTAL DOS SUJEITOS AFECTADOS

Ana Ribas Teixeira<sup>1\*</sup>, José Bruno Alves\*, António Santos\*\* e Juan Gestal-Otero\*

*\*Universidade de Santiago de Compostela, Espanha*

*\*\* Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, IPSN-CESPU, CRL,  
Vila Nova de Famalicão, Portugal*

**RESUMEN. Introducción:** La lesión medular traumática se presenta con un cuadro clínico que cambia de forma inesperada, grave e irreversiblemente la vida de la persona afectada, en áreas clave de su funcionamiento. Implica la confrontación con la incapacidad y con los cambios físicos irreversibles y con la necesidad absoluta para las modificaciones en los distintos niveles. Este cuadro clínico aparece frecuentemente asociado a altos niveles de ansiedad y depresión. **Método:** La muestra se recogió en Portugal durante 2012. En este estudio participaron 168 personas con lesión medular, de los cuales 127 (75,6%) eran hombres y 41 (24,4%) mujeres. Para evaluar las estrategias de afrontamiento, el instrumento utilizado fue el Brief-COPE y la ansiedad y los síntomas de depresión se evaluó mediante la HADS (Hospital de Ansiedad y Depresión Scale). **Resultados:** Los resultados de este estudio muestran que los sujetos de esta muestra utilizan preferentemente estrategias de adaptación eficaces, que incluyen la planificación, la aceptación y el afrontamiento activo y utilizan, mucho menos, estrategias que tienden a ser menos eficaces, tales el desenganche comportamental y consumo de sustancias. 73,8% de los sujetos con lesión medular mostró síntomas de la ansiedad, de las cuales 26,8% con una calificación moderada/grave, y el 71,4% de los sujetos tenían síntomas depresivos (20,8% moderada / grave). Una reinterpretación positiva se asocia con una menor incidencia de síntomas de ansiedad y depresión. Mientras que el uso de sustancias se asocia con un aumento de la incidencia de los síntomas. **Conclusiones:** Es importante hacer hincapié en la necesidad de planes de tratamiento dirigidos a esta población en particular, para que las personas puedan gestionar las consecuencias físicas y psicológicas de su incapacidad. Es fundamental maximizar su potencial residual, para que se beneficien del proceso de rehabilitación y continuar proporcionando apoyo psicológico individual durante todo el proceso de adaptación.

**Palabras clave:** lesiones medular traumática, afrontamiento y los síntomas de ansiedad y de depresión.

**ABSTRACT. Introduction:** Traumatic spinal cord injury presents as a clinical condition that changes unexpectedly and severely irreversible the life of the individual affected, in key areas of his functionality. Implies confrontation with disabling and irreversible physical changes and the absolute need for readaptation at various levels. This clinical condition is often associated with high levels of anxiety and depression. **Method:** The sample was collected in Portugal during 2012. Participated in this study 168 individuals with SCI, of which 127 (75.6%) were male and 41 (24.4%) females. To assess coping strategies, the instrument used was the Brief-Cope and anxiety and depression symptomatology was assessed using the HADS (Hospital Anxiety & Depression Scale). **Results:** The results of this study show that the subjects in this sample rely preferentially in coping strategies considered effective in the adaptation process, including the planning, acceptance and active coping and adopt significantly less strategies that tend to be less effective in this process, as behavioural disinvestment and substance use. 73.8% of subjects with SCI presented anxiety symptoms, of

<sup>1</sup> **Correspondência:** Rua do Cunha n° 120 1° esq., 4200-249 Porto. E-mail: ana.ribasteixeira@gmail.com



which 26.8% compatible with moderate/severe and 71.4% of subjects presented depressive symptoms (20.8% moderate/severe). Positive reappraisal was associated with a lower incidence of anxiety and depression symptomatology, while substance use was associated with an increased incidence of these symptoms. **Conclusions:** It is important to emphasize the need of treatment plans, orientated to this particular population and targeted to enable the individual to manage the physical and psychological consequences of their inability. It is crucial to maximize their potential residual, as also to adhere to and benefit from the rehabilitation process and still provide to these persons the necessary psychological support during all adaptive process.

**Keywords:** Traumatic spinal cord injury, coping and anxiety and depression symptoms.

### Introdução

A importância da medula como centro de informação no controlo de funções vitais como a respiração, a circulação, o controlo visceral, vesical, sexual e motor torna perceptíveis os distúrbios devastadores que poderá ter uma lesão irreversível a este nível.

O traumatismo vertebro-medular é percebido como uma situação indesejável que implica o confronto com modificações físicas permanentes e a necessidade absoluta de readaptações a vários níveis (Hammell, 2004; Lopes, 2007). A complexidade desta lesão afecta todas as esferas da vida da pessoa, requer por conseguinte, uma abordagem multidisciplinar em que os aspectos psicológicos e sociais consubstanciam o papel central em todo o processo de adaptação (Ruiz e Aguado-Díaz, 2003).

O interesse do estudo científico desta problemática é justificado pela escassa bibliografia produzida nesta área, no nosso país, pelo crescimento contínuo da prevalência de lesionados medulares e dos elevados custos pessoais, económicos e sociais que tal condição acarreta (Cardoso, 2006; Ruiz e Aguado-Díaz, 2003). Este estudo realça a importância da sintomatologia ansiosa e depressiva enquanto variáveis preditivas do processo de adaptação à lesão vertebro-medular (LVM) traumática.

### Método

#### *Participantes*

Recorremos a uma amostra de conveniência que inclui 168 sujeitos vítimas de lesão vertebro-medular traumática, dos quais 127 (75,60%) são do sexo masculino e 41 (24,40%) do sexo feminino. Aquando do momento da lesão, a idade média dos participantes era de aproximadamente 30,10 anos de idade ( $DP = 14,14$ ) sendo que actualmente a idade dos indivíduos está compreendida entre 19 e 74 anos, com média de 41,08 ( $DP = 13,38$ ).

#### *Instrumentos*

- Questionário clínico e sócio- demográfico - Este instrumento reúne informações que caracterizam a situação sociodemográfica do participante, as características clínicas da lesão e as características do suporte social percebidas pelo sujeito.
- Brief COPE - Instrumento de investigação que tem como objectivo avaliar estilos e estratégias de coping e que tem como população alvo os adultos em geral. A escala de Caver inclui 28 itens distribuídos por 14 subescalas. As



estratégias de coping a analisar são resultado da soma de 2 itens que compõe o questionário de brief COPE. O valor de cada estratégia é dado pela soma dos resultados obtidos em cada item. Assim, dado que cada item é ordenado de 0 a 3, onde 0 indica não utilização e 3 frequente utilização da estratégia, o valor da dimensão varia de 0 a 6, onde um valor mais elevado indica uma maior utilização. Este instrumento foi validado para a população Portuguesa com uma consistência interna que segue padrões idênticos à versão original, com a maior parte das escalas a apresentar uma consistência interna superior de 0,60 (Carver, 1997; Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004; Pais Ribeiro et al., 2007).

- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) - O objectivo deste instrumento de avaliação prende-se com a medida e rastreio da sintomatologia ansiosa e depressiva. Consiste em duas escalas, uma mede a ansiedade e outra a depressão, cada uma com sete itens, com 4 opções de resposta, cotadas de 0 a 3. Assim, e de acordo com os seus autores, a cotação é feita considerando a presença dos valores entre: 0 e 7 – “normal”; 8 e 10 – “leve”; 11 e 14 – “moderada”; 15 e 21 – “grave”. O processo de validação da versão Portuguesa do HADS mostra propriedades métricas semelhantes às de estudos internacionais, para a ansiedade um alfa de Cronbach de 0,76 e para a depressão de 0,81 (Pais Ribeiro et al., 2007; Zigmond e Snaith, 1983).

#### *Procedimento e análise*

Foram solicitadas autorizações para a realização de um estudo transversal em instituições hospitalares e de solidariedade social, centros de reabilitação e associações, em território português. A amostra foi recolhida durante o ano de 2012.

Os questionários foram preenchidos pelos próprios, quando incapacitados fisicamente com ajuda de terceiros e sob orientação dos investigadores. A participação no estudo foi voluntária e anónima, seguindo os princípios éticos de investigação.

O tratamento dos dados do questionário foi realizado com base nos testes e procedimentos disponíveis no software Statistical Program for Social Sciences (SPSS; versão 20.0 para Windows).

### **Resultados**

Na Tabela 1 estão descritas as medidas de localização e de dispersão das escalas de coping utilizadas pelos sujeitos vítimas de LVM traumática. A análise deste quadro permite depreender que as estratégias de coping mais usadas pelos sujeitos com LVM traumática são: o coping activo ( $M = 4,59$ ;  $DP = 1,29$ ) e a aceitação ( $M = 4,57$ ;  $DP = 1,28$ ) e a menos utilizada é o uso de substâncias ( $M = 0,32$ ;  $DP = 0,98$ ).

**Tabela1.** Medidas de localização e dispersão para as escalas de coping.

	<i>Dimensão do Coping</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>
1	Coping activo	4,59	1,29
2	Planear	4,48	1,32
3	Utilizar suporte instrumental	2,55	1,69
4	Utilizar suporte emocional	2,97	1,77
5	Religião	2,34	2,05
6	Reinterpretação positiva	4,17	1,54



7	Auto culpabilização	1,98	1,47
8	Aceitação	4,57	1,28
9	Expressão de sentimentos	2,75	1,65
10	Negação	1,93	1,95
11	Auto distração	2,90	1,61
12	Desinvestimento comportamental	1,11	1,44
13	Uso de substâncias	0,32	0,98
14	Humor	3,62	1,82

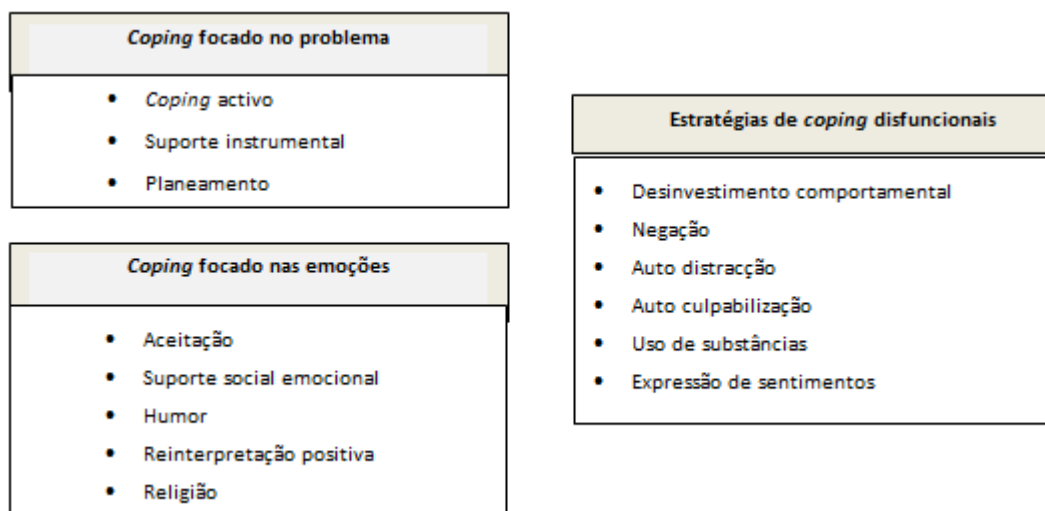
Feito o cálculo da sintomatologia depressiva, podemos observar que este varia entre 4 e 15, apresentando uma média de 8,74 ( $DP = 2$ ), enquanto que, a ansiedade varia entre 0 e 16 e apresenta uma média de 9,21 ( $DP = 2,51$ ).

A análise da Tabela 2 permite-nos observar que dos 168 sujeitos inqueridos, 44 (26,2%) não apresentaram sintomatologia ansiosa, 79 (47%) apresentam sintomatologia leve e os restantes 45 (26,8%) apresentam sintomatologia compatível com uma classificação moderada/grave. Relativamente à sintomatologia depressiva, 48 (28,6) dos inqueridos não apresentam sintomas depressivos, 85 (50,6) apresentam sintomas leves, enquanto que 35 (20,8%) apresentaram sintomatologia moderada/grave.

**Tabela 2.** Frequência de sintomatologia ansiosa e depressiva.

	<i>Sintomatologia</i>			
	<b>Ansiosa</b>		<b>Depressiva</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Normal	44	26,2	48	28,6
Leve	79	47	85	50,6
Moderado	40	23,8	34	20,2
Grave	5	3	1	0,6
Total	168	100	168	100

Na Figura 1 as estratégias de coping foram agrupadas seguindo as orientações classificativas de Carver (Cooper, Katona, Orrell e Livingston, 2008; Craver, 1997). Quando procuramos perceber se existe relação entre estas e a morbilidade psicológica do sujeito afectado, concluímos que de facto existe uma forte relação positiva ( $r = 0,40$ ;  $p = 0,00$ ) entre o recurso as estratégias de coping disfuncionais e a presença de sintomatologia ansiosa, e uma relação inversa quando consideramos a presença de sintomatologia depressiva e o recurso às estratégias de coping focado no problema ( $r = -0,19$ ;  $p = 0,02$ ) e coping focado nas emoções ( $r = -0,22$ ;  $p = 0,00$ ) (Tabela 3).



**Figura1.** Classificação das estratégias de coping conforme referencial teórico de Carver.

**Tabela 3.** Classificação das estratégias de coping, conforme referencial teórico de Carver e relativamente à sintomatologia ansiosas e depressivas.

<i>Coping</i>	<i>Sintomatologia</i>	
	<b>Ansiosa</b>	<b>Depressiva</b>
Coping focado no problema	0,03	<b>-0,19*</b>
Coping focado nas emoções	-0,10	<b>-0,22**</b>
Estratégias de coping disfuncionais	<b>0,40**</b>	0,02

\*\* $p \leq 0,01$  ; \* $p \leq 0,05$

A Tabela 4 representa as médias de cada escala de coping relativamente à presença de sintomatologias ansiosas e depressivas. Na análise diferencial efectuada entre a sintomatologia ansiosa e as estratégias de coping verificam-se diferenças significativas entre quem apresenta nível normal/leve e moderado/grave de ansiedade, nas estratégias: reinterpretação positiva ( $p = 0,003$ ), auto-culpabilização ( $p = 0,014$ ), expressão de sentimentos ( $p = 0,000$ ), negação ( $p = 0,000$ ) e uso de substâncias ( $p = 0,003$ ). Os que recorrem com mais frequência a reinterpretação positiva são também aqueles que apresentam menor incidência de sintomatologia ansiosa. Em relação à auto-culpabilização, expressão de sentimentos, negação e uso de substâncias podemos concluir que existe uma associação entre o recurso a estas estratégias e níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa.

Para a sintomatologia depressiva, verificam-se associações significativas aquando do recurso as estratégias: coping activo ( $p = 0,012$ ), reinterpretação positiva ( $p = 0,002$ ), uso de substâncias ( $p = 0,022$ ) e humor ( $p = 0,004$ ). Os que apresentam menos sintomas depressivos são também aqueles que recorrem com mais frequência às estratégias: coping activo, reinterpretação positiva e humor. Por outro lado, os sujeitos que referem recorrer com mais frequência ao uso de substâncias, são também aqueles que apresentam mais sintomatologia depressiva.



**Tabela 4.** Médias para as escalas de coping de acordo com as sintomatologias ansiosas e depressivas dos sujeitos com LVM traumática.

	Estratégias de Coping													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Ansiedade</b>														
Normal/Leve	4,64	4,52	2,44	2,87	2,15	<b>4,38*</b>	<b>1,79*</b>	4,71	<b>2,35*</b>	<b>1,47*</b>	2,86	,98	<b>,20*</b>	3,80
Moderada/Grave	4,47	4,36	2,84	3,24	2,84	<b>3,60*</b>	<b>2,47*</b>	4,18	<b>3,80*</b>	<b>3,16*</b>	3,00	1,47	<b>,64*</b>	3,13
<b>Depressão</b>														
Normal/Leve	<b>4,71*</b>	4,55	2,67	3,05	2,36	<b>4,36*</b>	1,99	4,62	2,71	1,80	2,99	1,02	<b>,22*</b>	<b>3,84*</b>
Moderada/Grave	<b>4,17*</b>	4,20	2,09	2,69	2,26	<b>3,46*</b>	1,91	4,37	2,91	2,41	2,53	1,47	<b>,69*</b>	<b>2,77*</b>

\* $p \leq 0,05$

Legenda: 1- Coping activo; 2- Planear; 3- Utilizar suporte instrumental; 4- Utilizar suporte social emocional; 5- Religião; 6- Reinterpretação positiva; 7- Auto-culpabilização; 8- Aceitação; 9- Expressão de sentimentos; 10- Negação; 11- Auto distração; 12- Desinvestimento comportamental; 13- Uso de substâncias (medicamentosas/álcool); 14- Humor

### Conclusões

As estratégias de coping mais usadas pelos sujeitos com LVM traumática são as estratégias focadas no problema, seguidas das estratégias focadas nas emoções. As disfuncionais são de facto, as menos utilizadas por esta amostra.

A depressão e a ansiedade são consideradas por diversos autores como indicadores de ajustamento a LVM (Kennedy, 2007; Martz, Livneh, Priebe, Wuermser, e Ottomanelli, 2005; Ruiz, Aguado-Díaz e Rodríguez 2008). Assim, ao relacionarmos as estratégias de coping, com a incidência de sintomatologia ansiosa e depressiva, é possível deprender quais as estratégias que tendem a ser mais adaptativas e aquelas, que por sua vez, tendem a ser menos eficazes neste processo.

Poderemos então aceitar que a reinterpretação positiva, o humor, o coping activo afiguram-se como estratégias tendencialmente eficazes no processo de adaptação a LVM traumática, ao passo que a expressão de sentimentos, a auto culpabilização, a negação e o uso de substâncias, serão estratégias tendencialmente menos eficazes, em todo este processo. Achados semelhantes são encontrados na revisão bibliográfica elaborada por Ruiz e colaboradores (2008) e confirmados pela classificação das escalas do brief COPE de Carver que denuncia estas estratégias como disfuncionais num processo de adaptação em situações de stress.

As limitações deste estudo passam pela dificuldade em reunir uma amostra representativa desta população a nível nacional, facto justificado pela inexistência de dados estatísticos, uma rede de cuidados diferenciados ou referenciados para esta população ou mesmo instituições vocacionadas para esta problemática.

Esperamos que este estudo possa subsidiar propostas de intervenção durante o processo de adaptação à condição de lesionado medular. Os resultados sugerem a necessidade de considerar equipas multidisciplinares capazes de gerir um tratamento múltiplo e integrado (terapia farmacológica, física e psicológica). O objectivo final passa por perspectivar o restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial do sujeito com LVM e sua reintegração na sociedade.

Propomos mais Investigação no sentido de se desenvolver modelos teóricos específicos para esta problemática bem como a construção de instrumentos validados metodologicamente para esta população específica, que possam incluir dados clínicos, de funcionalidade, de adaptação física e psicológica, integração social, entre outros, considerados pertinentes à especificidade deste quadro clínico.



## Referências

- Aguado-Díaz, A., Fontanil, Y., Arias, B. e Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida y necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad*. Madrid: Inmerso.
- Aguado-Díaz, A. e Rodriguez, M. (2005). Una vision psicosocial del envejecimiento de las personas com lesion medular. *Intervención Psicosocial, 14*, 51-63.
- Cardoso, J. (2006). *Sexualidade e deficiência – adaptação psicológica e sexualidade na lesão medular*. (1a. ed.). Coimbra: Quarteto.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*, 92-100.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F. e Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 375-390.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M. e Livingston G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 929-936.
- Elfstrom, M., Rydén, A., Taft, C., & Sullivan, M. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal Rehabilitation Medicine, 37*, 9-16.
- Hammell, K. W. (2004). Quality of life among people with high spinal cord injury living in the community. *Spinal Cord, 42*, 607-620.
- Hammell, K.W. (2007). Experience of rehabilitation following spinal cord injury: a meta-synthesis of qualitative findings. *Spinal Cord, 45*, 260-274.
- Kennedy, P. (2007). *Psychological Management of Physical Disabilities: A practitioner's guide*. New York: Routledge.
- Lopes, E. M. V. (2007). *Construção da identidade pessoal em pessoas que sofreram de lesão medular traumática. Estudo exploratório através de grelhas de repertório*. Tese de mestrado: Universidade do Minho.
- Martz, E., Livneh, H., Priebe, M., e Wuermsler, L. A. (2005). Predictors of Psychosocial Adaptation Among People With Spinal Cord Injury or Disorder. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86*, 1182-1192.
- Pais-Ribeiro, J. e Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia saúde e doença, 5*, 3-15.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, L. Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. e Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*, 225-237
- Ruiz, M. B. R., Aguado-Díaz, A., & Rodríguez, A. A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial, 17*, 109-124.
- Zigmond, A. P. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.