

ESTILO Y EFECTIVIDAD DEL ENFRENTAMIENTO DE LAS ESPOSAS DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

COPING STYLE AND EFFECTIVENESS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENT'S WIVES

LUIS ANTONIO PRIETO VEGA*

RESUMEN

Un infarto agudo del miocardio representa un significativo estresor tanto para el paciente como para la familia y en especial para la esposa. El propósito de esta investigación es analizar los métodos o estilos de enfrentamiento que son usados por las esposas de los pacientes en relación con algunos factores demográficos, socioculturales, psicológicos y fisiológicos.

En una muestra de 37 esposas de pacientes con infarto agudo del miocardio, se investigó la relación entre factores de personalidad, edad, educación, apoyo social y otros, con los diferentes métodos o estilos de enfrentamiento y la efectividad de estos métodos.

Los resultados indicaron que los métodos más usados fueron el paliativo y fatalístico pero los estilos optimistas, confrontativo y de apoyo fueron los más efectivos.

Se encontró significación estadística entre las esposas jóvenes y la tendencia de usar métodos o estilos apoyantes ($p<0,03$); así como en esposas de mayor edad la tendencia fue usar métodos fatalísticos ($p<0,03$); el uso de métodos confrontativos es más comunmente observado en parejas con pocos años de matrimonio ($p<0,04$). En ambos casos, la efectividad de los estilos usados no fueron significativamente estadístico. El estilo optimista en las esposas que trabajan fuera del hogar es significativo ($p<0,05$). El mayor apoyo social percibido por las esposas de los pacientes se relaciona con el uso de estilos optimistas ($p<0,01$). Significativa relación se observa entre la efectividad del estilo apoyante y la práctica religiosa ($p<0,02$); por otro lado, a mayor nivel de ansiedad de la esposa, mayor es el uso de estilos apoyantes ($p<0,02$) pero sin significancia estadística sobre la efectividad.

Es muy importante identificar por parte del profesional de enfermería los diferentes estilos de enfrentamiento de las esposas de pacientes con infarto agudo del miocardio con la finalidad de diseñar una intervención hacia la pareja y en especial, orientada a la esposa, que permitirá una mejor adaptación del esposo y pareja frente a la situación del infarto.

Se recomienda más estudios cualitativos acerca de esta problemática.

Palabras claves: Enfrentamiento, estrés, esposas.

*Magister Enfermería Médico-Quirúrgica, Especialista Enfermería Médico-Quirúrgica en Cardiología, Profesor Asociado Dpto. Enfermería, Universidad de Concepción, Casilla, 160-C, Concepción, Chile.

ABSTRACT

An acute myocardial infarction (MIA), represents a significant stressor to both patients and families and particularly in the female spouses. The aim of this research is analyzing the methods or coping styles and its effectivity, the wives of patients undergoing an acute infarction are using in relation with some demographic, sociocultural, psychological and physiological factors.

In a sample of 37 spouses of patients with cardiac infarction, the relationships among personality factors, age, education, social support, and others, with the different coping methods or styles and its effectivity were investigated. Findings indicated that palliative and fatalistic coping methods were most used; although the most effective coping styles were the optimistic, confrontive and supporting, as well.

Statistically significant results were found among younger wives and the tendency over supporting coping styles ($p < 0.03$); as for the older wives, the tendency most used is the fatalistic style ($p < 0.03$); the use of confrontive style is more likely to be observed in couples with few years of marriage ($p < 0.04$). In both cases, the effectivity of this style, is not statistically significant. The optimistic style use in wives holding jobs out of home turned out to be significant ($p < 0.05$). The social functional support perceived by the patients' wives tend over the optimistic styles ($p < 0.01$); significant relationships were found between the religious practice and supporting coping style ($p < 0.02$); whereas on the other hand, the more the anxiety levels of the wife, the more the use of supporting coping style ($p < 0.02$) with no significance over the effectivity ($p < 0.11$).

It is very important to identify the different coping styles the wives of the patients with MIA exhibit, in order to design an intervention with the couple and wife which will permit a better adaptation for the couple in the infarction situation.

Further qualitative studies over this problem, are recommended.

Keywords: Coping, stress, wives.

INTRODUCCION

El infarto agudo del miocardio (IAM) es una situación compleja y estresante para el paciente, familia en general y para la esposa del enfermo en particular. Este estado de crisis está producido por lo repentino de la enfermedad y por la percepción que se tiene del infarto cardíaco como una amenaza de muerte inminente. El IAM es una enfermedad prevalente en nuestro país, siendo la primera causa de muerte con una cifra cercana a los 7.500 fallecidos cada año (Corvalán 1992).

La elección de esta temática está motivada por la experiencia del autor en el manejo de pacientes con IAM en Unidades de Cuidado Intensivo, en que se percibe la problemática mencionada, en la cual resalta el cambio de rol que debe asumir la esposa que puede ir desde la toma simple de decisiones hasta resolver problemas económicos. Keller y col (1992) demostró la importancia de las esposas en la recuperación del paciente posterior al IAM.

Esta investigación de tipo descriptiva y

relacional tiene como propósito identificar los estilos y efectividad del enfrentamiento de las esposas de los pacientes con IAM.

El problema a investigar es averiguar la relación existente entre los estilos confrontativo, evasivo, optimista, fatalístico, emotivo, paliativo, apoyante, autoconfiante y su efectividad, que utiliza la esposa del paciente con IAM, y la edad, actividad ocupacional, nivel educacional, grado de ansiedad, apoyo social funcional, e intensidad de la práctica religiosa de la esposa, tiempo de convivencia de la pareja, la forma de presentación del infarto y el estado de gravedad del paciente.

Lazarus define el estrés psicológico como un estado de respuesta interna del individuo al verse enfrentado a la amenaza de su bienestar físico o psíquico, a pesar que no toda presión o demanda genera estrés de la misma intensidad en las personas, incluso hay algunos que ignoran el estímulo. Este autor, en su teoría relacionada con el enfrentamiento, identifica los procesos de apreciación o evaluación cognitiva y el enfrentamiento propiamente tal, que se ve de manifiesto en la conducta de las personas.

El concepto de evaluación cognitiva se entiende como el proceso que determina las consecuencias que un hecho provocará en un individuo. Esta evaluación se divide en una evaluación primaria y una secundaria. La primaria a su vez, en una apreciación irrelevante, en que el encuentro con el entorno no trae implicancias para el individuo, una apreciación benigna positiva, en que el encuentro con una situación se valoran como positivas y pueden lograr bienestar, y la apreciación estresante, en que la situación significa daño, pérdida y desafío. El individuo ante esta circunstancia de amenaza desarrolla una evaluación de tipo secundaria. En ésta, el individuo determina cómo actuar sobre el factor estresante en que se evalúan las opciones afrontativas por lo que se obtiene la seguridad que una determinada opción cumplirá con lo que se espera, esto es, controlar el estrés. Va más allá del simple reconocimiento de los recursos que puedan aplicarse, se relaciona más intrínsecamente con la calidad de los recursos que el individuo posee para enfrentar el estrés y lograr su adaptación. O' Keeffe (1988), afirma que la apreciación secundaria es una evaluación hecha del evento en cuestión por el individuo en que evalúa opciones de enfrentamiento basado en la disponibilidad de recursos. Por lo tanto, la interacción entre la evaluación primaria y la secundaria dará como resultante el control sobre las estrategias de enfrentamiento en la medida que los individuos, una vez identificada la situación como estresante, seleccione las actividades específicas tendientes a enfrentarlo.

Se puede concluir por lo tanto, que el enfrentamiento o «coping», planteado por Lazarus, se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que el individuo desarrolla para manejar las demandas externas y/o internas, las cuáles evalúa como excedentes o desbordantes de sus propias capacidades de manejo.

Los estudios de enfermería acerca del enfrentamiento de esposas de pacientes con

IAM son escasos. Destacan el de Skelton (1973) en que se identifica las consecuencias psicológicas como la pérdida, la depresión y temores de la esposa de una recurrencia del infarto en la convalecencia inmediata al alta del esposo. Este autor recomienda que la ayuda a la esposa del paciente debe iniciarse precozmente durante la hospitalización de su esposo. Runions (1985), también enfatiza la necesidad de preparar a la esposa por las dificultades que encontrará en el período de alta inmediata de su marido y enseñanza de estrategias selectivas para el manejo con su esposo. El estudio de Mayou (1978) identificó una serie de reacciones fisiológicas y psicológicas durante el período de hospitalización del esposo como la negación, ansiedad, el llanto, disturbio en los patrones del sueño y del apetito, letargia y tendencia a aferrarse a otra persona. Nyamathi (1987), hace referencia a alteraciones de patrón de sueño y apetito, cefaleas, dolores de estómago y torácicos, ansiedad, fatiga, depresión, irritabilidad y pérdida de la capacidad de concentración. Bedsworth y Molen (1982), demostraron que las esposas cuyos maridos fueron hospitalizados con una probabilidad de IAM, demostraron apropiadas estrategias de enfrentamiento que intensificaron sus recursos a sobrellevar la amenaza pidiendo apoyo al equipo médico o miembros de la familia para asistencia en su quehacer con el esposo. La misma Nyamathi y col. (1992), utilizando la escala de enfrentamiento de Jalowiec, demostró que las esposas que tuvieron una mejor capacidad de enfrentamiento y de ajuste fueron aquellas que tenían una personalidad positiva y que orientaron sus conductas hacia los métodos de enfrentamiento de solución del problema, por sobre las esposas de personalidad negativa y que orientaron sus conductas hacia los métodos de enfrentamiento emotivo. Riffle (1988), demostró que el apoyo social percibido mejora la capacidad de enfrentamiento de las esposas de los pacientes con IAM. Wikoff y Miller (1989), demostraron que el estilo de enfrentamiento emotivo era el más

utilizado por las esposas, también conductas orientadas a mantener el control, resignarse, aceptar la situación, dormir, pensar en soluciones, actividades físicas, querer estar sola, esperar lo peor, comer, fumar, y la gran mayoría rezar.

Para la medición del enfrentamiento, Lazarus y Folkman propusieron una forma de medición de la capacidad de enfrentamiento denominada "Formas de Enfrentamiento". Este instrumento, de 67 ítemes, describen una amplia gama de estrategias cognitivas y conductuales que las personas usan para manejar las demandas en relación a estresores específicos. A su vez, consta de 8 sub escalas: de enfrentamiento confrontativo, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo, aceptando responsabilidades, escape-evitación, planear la solución del problema y la escala de re-apreciación positiva.

La enfermera de la Universidad de Loyola, USA, Anne Jalowiec (1981), propuso una escala para medir el enfrentamiento de 40 ítemes iniciales que transformó posteriormente para ser actualmente una escala de 60 ítemes. Los individuos son consultados a chequear cuán frecuentemente usan diferentes conductas de enfrentamiento para sobrellevar las situaciones difíciles y cuán útil les fué utilizarlo. Los estilos son: estilo o método confrontativo, en que la persona confronta la situación y lo resuelve constructivamente; estilo evasivo, representado por conductas de evitación frente al problema; estilo optimista, en que la persona enfrenta positivamente el problema; estilo fatalístico, en que enfrenta fatalísticamente el problema; estilo emotivo, en que la persona expresa y libera emociones; estilo paliativo, en que trata de reducir el estrés con acciones alternativas; estilo apoyante, en que la persona busca elementos que le den apoyo espiritual, profesional u otro y estilo autoconfiante, en que la persona demuestra conductas orientadas a la confianza en sí misma.

MATERIAL Y METODOS

La población estuvo constituida por las esposas de los pacientes con IAM, hospitalizados en la Unidad Coronaria del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Santiago de Chile durante los años 1995 y 1996. La muestra fue incidental hasta tener 37 casos. Se aplicó la totalidad de los instrumentos, a los cinco días de evolución del infarto del esposo.

Los estilos de enfrentamiento se midieron a través de la Escala de Enfrentamiento de Jalowiec (EEJ), con permiso de la autora. Esta escala consta de 60 ítemes que involucran las conductas inherentes, a los ocho estilos de enfrentamiento propuestos por Anne Jalowiec, esto es, estilo confrontativo, optimista, evasivo, fatalista, paliativo, emotivo, autoconfiante y apoyante. La EEJ tiene una parte A, que averigua acerca de las estrategias más usadas y al mismo tiempo una parte B que está relacionada con la efectividad de esas conductas utilizadas. El apoyo social se midió a través de The Duke Functional Social Support Questionnaire. La ansiedad se midió a través de The Anxiety Status Inventory de William Zung. Se utilizó además un cuestionario dirigido a la esposa del paciente, otro médico tratante y utilización de la ficha clínica del paciente.

Se hizo un test piloto con la finalidad de detectar puntos no claros en los instrumentos, valorar la efectividad del instrumento en la situación real, medir los tiempos de aplicación de estos instrumentos y el ajuste de ellos en cuanto a redacción y extensión, además para conocer la reacción del encuestado en una situación real. Para la medición de la confiabilidad de la EEJ se aplicó la técnica de división en mitades (ítemes pares versus ítemes impares), mediante el cálculo del alpha de Cronbach. Al cálculo del coeficiente de correlación lineal de Pearson (r), se agregó la fórmula de Spearman-Brown para extender la correlación de división en mita-

des a la escala completa. Los resultados para las 8 dimensiones de la EEJ en su parte A y B se pueden observar en el Cuadro 1. En él se aprecia que los índices no fueron totalmente satisfactorios para las subescalas de autoconfianza, apoyante y optimista. Sin embargo, en general estos resultados fueron considerados satisfactorios porque indican una re-

lativa alta consistencia interna en la estructura de la escala. El cálculo del coeficiente alpha de Cronbach entrega valores que sin ser óptimos, son bastante significativos y demuestran que el instrumento es plenamente confiable. Para asegurar la validez de contenido de la EEJ se envió para su traducción al idioma español al Departamento de Idiomas

Cuadro 1. Confiabilidad escala de enfrentamiento de Jalowiec.

METODOS	PARTE A		PARTE B	
	Coef. de Sp-Brown	Coef. Alpha Cronbach	Coef. de Sp-Brown	Coef. Alpha de Cronbach
Confrontativo	.73	.47	.78	.72
Evasivo	.76	.77	.75	.78
Optimista	.36	.49	.81	.75
Fatalístico	.59	.58	.61	.58
Emotivo	.75	.68	.64	.58
Paliativo	.77	.68	.61	.50
Apoyo	.23	.50	.53	.58
Autoconfianza	.37	.52	.80	.76

FUENTE: Estilo y efectividad del enfrentamiento de las esposas de los pacientes con infarto agudo del miocardio. Santiago de Chile, 1996.

de la U. de Concepción-Chile y retraducida desde el idioma español al inglés por profesores diferentes. Posteriormente evaluada por un experto en el área de métodos cuantitativos para ajuste de terminología. Este experto, PhD The University of Texas at Austin, sugirió traducir el término "Coping" como enfrentamiento más acorde al sentido del idioma inglés. Se usó el paquete estadístico SAS (Statistical Analysis Systems) en la red computacional de la U. de Concepción-Chile, tanto para el control de calidad de los datos como para el análisis total de los datos obtenidos. En este análisis se utilizaron modelos lineales generales como t de Student, análisis de varianza y regresión.

RESULTADOS

El perfil de la esposa es de una mujer relativamente joven, con una edad media de 48.8

años (27-64;DS 10.4); con un alto nivel educacional (78.4%), con un trabajo mixto entre dueña de casa y labores profesionales en un 62.1%. La práctica religiosa en un 54.1% y una duración matrimonial o de convivencia media con su pareja de 23.5 años (5-44;DS 11.5).

En general el estilo más utilizado fue el fatalista (21.6%) pero a la vez percibido como poco efectivo (10.81%), el estilo optimista con un 18,91% de uso y con alta percepción de efectividad (18.91%); el paliativo con un uso en el 18.91% de las esposas con sólo un 16.21% de percepción de efectividad. (Cuadros 2 y 3).

Las estrategias o conductas de enfrentamiento más utilizadas, las menos utilizadas, las más efectivas y las menos efectivas, se pueden apreciar en el Cuadro 4.

Otros resultados estadísticamente significativos son: A menor edad de la esposa del paciente, mayor es la utilización de los esti-

Cuadro 2. Grado de uso de los estilos de enfrentamiento utilizados por esposas de pacientes con infarto del miocardio.

Estilo de Enfrentamiento	Alto grado de Uso % (puntaje 3 de escala o a menudo usado)	Mediano grado de Uso de (%) (puntaje 1 y 2 de la escala, a veces u ocasionalmente usado)	Bajo grado de Uso de (%) (puntaje o de escala, o nunca usado)
Escala completa	16.21	72.97	10.81
Confrontativo	8.10	81.08	10.81
Evasivo	5.40	81.08	13.51
Optimista	18.91	56.75	24.32
Fatalista	21.62	62.16	16.21
Emotivo	10.81	75.67	13.51
Paliativo	18.91	64.86	16.21
Apoyante	16.21	59.45	24.32
Autoconfianza	10.81	81.08	8.10

Fuente: Idem cuadro 1.

Cuadro 3. Efectividad de los estilos de enfrentamiento utilizados por esposas de pacientes con infarto del miocardio.

Estilo de Enfrentamiento	Muy efectivos (puntaje 102 a 180 de la escala % menudo usado)	Regularmente efectivo (puntaje 59 a 101 de la escala %)	Inefectivos (%) (puntaje a 58 de la escala %)
Escala completa	10.81	81.08	8.10
Confrontativo	16.21	72.97	10.81
Evasivo	8.10	78.38	13.51
Optimista	18.92	70.27	10.81
Fatalista	10.81	64.87	24.32
Emotivo	8.10	75.68	16.21
Paliativo	16.21	54.05	29.72
Apoyante	24.32	54.35	24.32
Autoconfianza	13.51	75.87	10.81

Fuente: Idem cuadro 1.

los de enfrentamiento confrontativo y viceversa ($p < 0.03$); a menor tiempo de duración de convivencia matrimonial mayor es la utilización de estilos de enfrentamiento confrontativo y viceversa ($p < 0.04$); a mayor nivel de ansiedad de la esposa del paciente, utilizan mayormente estilos confrontativos y viceversa ($p < 0.01$); a menor nivel de ansiedad de la esposa, mayor es el uso de estilos evasivos y viceversa ($p < 0.02$); relación estadísticamente significativa (ES) entre la efectividad del estilo evasivo utilizado cuando el estado de gravedad del paciente es estable ($p < 0.02$); relación ES entre el uso de estilos optimistas en esposas que se mantienen en el hogar o dueñas de casa ($p < 0.02$); relación ES entre esposas de pacientes que cursan infarto recidivante y menor utilización de estilos optimistas, así mismo, el uso de estilos optimistas es mayor cuando el mari-

do cursa el primer infarto ($p < 0.05$); esposas con mayor apoyo social percibido, utilizan más estilos de enfrentamiento optimista y viceversa ($p < 0.01$); a mayor edad de las esposas, mayor es la efectividad percibida del uso de estilos fatalistas, por lo tanto, esposas más jóvenes perciben como menos efectivo el uso del estilo mencionado ($p < 0.03$); relación ES entre menor tiempo de duración matrimonial, mayor uso de estilos apoyantes por parte de la esposa y viceversa ($p < 0.02$); esposas con práctica religiosa tienen una percepción de mayor efectividad de los estilos apoyantes en relación a las esposas que no llevan una práctica religiosa ($p < 0.02$); en esposas más ansiosas hay un mayor uso de estilos apoyantes por lo que esposas menos ansiosas buscan menos apoyo en otros ($p < 0.02$); en mujeres con diagnóstico estable del esposo, tienen una menor percepción de

Cuadro 4. Conductas o estrategias de enfrentamiento utilizadas por esposas de pacientes con infarto del miocardio según estilos.

Estilo	Más utilizados	%
Confrontativo	16. Trató de mantener la situación bajo control.	30.0
Evasivo	58. Deseó que el problema hubiera desaparecido.	33.3
Optimista	5. Se decía a sí misma que las cosas podrían haber sido peor.	32.3
Fatalista	12. Aceptó la situación porque no había mucho que pudiera hacer.	18.2
Emotivo	1. Se preocupó del problema.	35.5
Paliativo	44. Trató de mantenerse ocupada.	23.3
Apoyante	17. Rezó o puso su confianza en Dios.	39.4
Autoconfiante	41. Trató de mantener sus sentimientos bajo control.	19.4
Estilo	Más efectivas	%
Confrontativo	29. Trató de manejar las cosas paso a paso (una cada vez).	14.8
Evasivo	18. Trató de evadirse de la situación.	11.1
Optimista	32. Se decía a sí misma que no debía preocuparse y que todo saldría bien.	18.5
Fatalista	12. Aceptó la situación porque no había mucho que pudiera hacer.	10.0
Emotivo	8. Se enojó y explotó	12.5
Paliativo	44. Trató de mantenerse ocupada.	11.5
Apoyante	17. Rezó o puso su confianza en Dios.	24.1
Autoconfiante	37. Se dijo que podría manejar cualquier problema a pesar de lo duro que fuera.	14.8
Estilo	Menos utilizadas	%
Confrontativo	25. Trató de cambiar la situación.	24.2
Evasivo	56. Evitó de estar con gente.	37.0
Optimista	49. Se comparó con otras personas que estaban en la misma situación.	22.6
Fatalista	60. Se dijo a sí misma que estaba teniendo sólo mala suerte.	27.3
Emotivo	46. Hizo cosas impulsivas o riesgosas que normalmente no habría hecho	32.7
Paliativo	34. Se tomó un trago para sentirse mejor	36.7
Apoyante	42. Conversó del problema con alguien en la misma situación.	24.2
Autoconfiante	52. Prefirió manejar las cosas solas	19.4
Estilo	Menos efectivas	%
Confrontativo	25. Trató de cambiar la situación.	25.9
Evasivo	48. Trató de ignorar el problema.	33.3
Optimista	54. Trató de ver el lado bueno de la situación.	51.9
Fatalista	60. Se dijo a sí misma que estaba teniendo sólo mala suerte.	23.3
Emotivo	24. Descargó sus tensiones en alguien más.	25.0
Paliativo	26. Usó técnicas de relajación.	30.8
Apoyante	42. Conversó del problema con alguien en la misma situación.	20.7
Autoconfiante	22. Quiso estar a solas para pensar acerca de lo que sucedía.	14.8

Fuente: Idem cuadro 1.

efectividad del estilo autoconfiante en comparación con las esposas de aquellos pacientes con diagnóstico de mayor gravedad en que perciben con mayor efectividad el uso del estilo autoconfiante; esposas con mayor apoyo social percibido, utilizan más estilos de enfrentamiento autoconfiante y viceversa ($p < 0.05$).

DISCUSION

Los resultados de este estudio confirman las conclusiones de los estudios de Nyamathi (1987 y 1992). En último de ellos, usando la

escala de Jalowiec, se confirmó el uso de estilos confrontativos. Wikoff y Miller (1989), concluyen que las estrategias más utilizadas estuvieron orientadas a mantener el control, realizar actividades físicas, fumar y rezar.

Es presuntuoso pensar que los resultados de este estudio tengan un alto grado de generalidad dado que las características socioculturales de la muestra son algo sesgadas en relación a la población chilena. Llama la atención la utilización global de los diferentes estilos de enfrentamiento como tratar de mantener la situación bajo control, desear que el problema hubiera desaparecido, que todo podría haber sido mejor, aceptar la si-

tuación, preocuparse del problema, tratar de mantenerse ocupada, rezar, tratar de mantener sus sentimientos bajo control. Preocupante el alto grado de uso de estilos fatalistas en mujeres de mayor edad; del mayor uso de estilos emotivos y evasivos, aunque se percibe que no son enteramente efectivos para reducir el estrés. Se aprecia dentro de la efectividad de los estilos, algunos elementos descritos por Lazarus en el sentido que la esposa bajo amenaza desarrolla una evaluación secundaria en que determina actuar sobre el problema.

Este estudio tiene una serie de proyecciones para enfermería ya que nos muestra la necesidad de extender la atención de enfermería a la esposa del paciente con IAM incluso al cónyuge independiente del sexo. Siguiendo las recomendaciones de Panzarine (1985) se debe incluir estrategias durante el evento e inmediatamente después del infarto, para reforzar estilos de enfrentamiento más efectivos para el cónyuge. Basado en lo que propuso Pearlin (1989), estos estilos pueden ser aprendidos de la misma manera como otras conductas son internalizadas. Es importante hacerle presente a la esposa las dificultades con que se encontrará posterior al alta de su esposo.

CONCLUSIONES

Finalizado el estudio, las conclusiones son las siguientes:

- La edad de la esposa es un predictor inverso de la utilización de estilos confrontativos y predictor positivo de la efectividad del estilo fatalista.
 - Las esposas que laboran sólo como dueñas de casa utilizan estrategias más optimistas para enfrentar el problema.
 - La ansiedad de la esposa y el apoyo social percibido son predictores positivos del uso de estilos confrontativo y autoconfiante respectivamente, del mismo modo, es predictor negativo del uso de estilos evasivos.
 - También la ansiedad es predictor positivo del uso de estilos apoyantes.
 - El estado de gravedad estable del paciente es un condicionante del grado de efectividad percibida del estilo evasivo; con diagnóstico de mayor estabilidad, hay una menor percepción de efectividad del estilo autoconfiante y viceversa.
 - La duración matrimonial es un predictor inverso del uso de estilos confrontativos y apoyantes.
 - La práctica religiosa en las esposas influye que tengan una percepción de mayor efectividad al utilizar estilos apoyantes.
- Dentro de las propuestas como resultantes de este estudio se consideran las siguientes:
- incluir dentro de la atención de enfermería del paciente con IAM durante la estada en la Unidad de Cuidado Intensivo o Coronaria, a la esposa de éste identificando los estilos de enfrentamiento.
 - orientar a la esposa del paciente en la utilización de estilos confrontativos, apoyante, autoconfiante y optimistas. Insistir en sus propias capacidades con la ayuda de su entorno.
 - utilizar la ansiedad de la esposa como elemento de ayuda para que enfrente confrontativamente el problema y acuda por ayuda.
 - dar especial énfasis en la atención de esposas mayores de edad, de menor grado de escolaridad, que trabajan fuera del hogar y como dueñas de casa y en esposas con mayor tiempo de convivencia de pareja y en aquellas con estilos de enfrentamiento fatalista, emotivo y evasivo.
 - mantener un programa de atención integral familiar con seguimiento al hogar de la pareja, con secuencias de manejo por profesionales expertos en salud mental, Psicólogo o Médico Psiquiatra si fuera necesario, Sacerdote, Pastor, Nutricionista, Asistente Social, Profesor de Educación Física, vale decir, participación de equipo multidisciplinario.

Se recomienda realizar estudios similares con una muestra de mayor volumen y de una estructura sociocultural más heterogénea de manera que permita en mayor grado la generalización de los hallazgos.

BIBLIOGRAFIA

- BEAM E.; Patient's and spouses' causal explanations of a myocardial Infarction; Nursing Research, Nov-December, 1980 Vol 29, N°6.
- BEDSWORTH J. y MOLEN M.; Psychological stress in spouses with myocardial infarction; Nursing Research 1982;11(5):450-56.
- BRAND *et al*; Multivariate prediction of coronary heart disease in the western collaborative group study compared to the findings of the Framingham study; Circulation 53:348-55.1976.
- CAPLAN R.; Coping and defense: Constellations vs Components; Journal of Health and Social Behavior.1984, Vol 25 (septembre): 303-320.
- CARPENITO L.; Diagnóstico de Enfermería; Aplicación a la práctica clínica; Ed Interamericana. McGraw-Hill. España I Edición-1987.
- COBB S.; Social support as a moderator of life stress; en: MCNETT S.; Social support, threat, and coping responses and effectiveness in the functionally disabled; Nursing Research, march-april 1987 vol 36, N°2.
- COHEN S.C. *et al*; Measuring the functional components of social support. In Sarason & Sarason (eds), Social Support: Theory research and application (pp73-94) The Hague, Holland: Martines Nijhoff, en:
- MCNETT S.; Social support,threat, and coping responses and effectiveness in the functionally disabled; Nursing Research,march-april 1987 vol 36, N°2.
- CORVAVAN Ramón; Capítulo Infarto del Miocardio en "Manual de Urgencias Médicas".Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Editor Dr. Lorenzo Cubillos; Editorial Mediterráneo, Chile-Edición I 1992. Serie Medicina Práctica.
- CHAVEZ C.;Effect of an education-orientation program on family members who visit their significant other in the intensive care;Heart & Lung;january 1987, Vol 16, N°1.
- DAWBER T.R. y KANNEL W.B.; Susceptibility to coronary heart disease; En:GLASS D.; Stress, behavior patterns and coronary disease; American Scientist;vol 65, March-april 1977.
- DELLIPIANI A.W.;Anxiety after heart attack; British heart Journal, 1976, 38,752-757.
- FOLKMAN S.,LAZARUS R. y col; Appraisal, Coping, Helth Status, and Psychological Symptoms; Journal of Personality and Social Psychology; 1986,vol 50, N°3,571-579.
- FRIEDBERG C.K.; Diseases of the Hearth;III Ed; Editorial W.B. Saunders Philadelphia.1986.
- GAGLIONE K.; Assessing and intervening with families of CCU patients; Nursing Clinics of North America;vol.19,N° 3, septembre 1984.
- GLASS D.; Stress, behavior patterns and coronary disease; American Scientist; vol 65, March-april 1977.
- HARDING L.,MOREFIELD M.A.; Group intervention for wiwe of myocardial infarction patients; Nursing Clinics of North America; vol 11,N°2, June,1976.
- HILBERT G.; Spouse support and myocardial infaction patient compliance; Nursing Research,july-august 1985 vol 34,N°4.
- HODOVANIC B.; Family crisis intervention program in the medical intensive care unit; Heart & Lung, may 1984,vol. 13,N° 3.
- HOUSE J.S.; Work stress and social support;en : MCNETT S.; Social support,threat, and coping responses and effectiveness in the functionally disabled; Nursing Research, march-april 1987 vol 36, N°2.
- JALOWIEC A.,POWERS M.; Stress and coping in hypertensive and emergency room patients; Nursing Research, january-february,1981 vol 30, N°1.
- JALOWIEC A.,MURPHY S., POWERS M.; Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale; Nursing Research. May-june 1984 vol.33,N°3.
- JANIS IL.;Psychologicalstress; en: PANZARINES.; Coping Conceptul and methodological issues; Advance Nursing Science, 7 (4), 49-57,July 1985.
- JENKINS; Risk factor of coronary desease; en : GLASS D.; Stress, behavior patterns and coronary disease; American Scientist; vol 65,March-april 1977.
- KELLER Y COL; The spouse: A factor in recovery after acute myocardial infarction: Heart Lung 1992;21:30-8.
- KILLIP T, KIMBALL JT. Treatement of myocardial infarction in a coronary care unit: a two year experience with 250 patients; American. Cardiol 1967;20:457-64
- LAZARUS R.,FOLKMAN S.; Estrés y procesos cognitivos; Ed. Martínez Roca; España 1986.
- MAYOUR R. *et al*; The psychological and social effects of myocardial infarction on wivws; British medical Journal. march 1978, 1.
- MCNETT S.; Social support,threat, and coping responses and effectiveness in the functionally disabled; Nursing Research, march-april 1987 vol 36, N°2.

- MILLER P. *et al*; Influence of a nursing intervention on regimen adherence and societal adjustments postmyocardial infarction; Nursing Research; September-october 1988. vol.37,Nº5.
- NYAMATHI A.; The coping responses of female spouses of patients with myocardial infarction; Heart & Lung;january 1987,vol.16,Nº1.
- NYAMATHI A Y COL; Coping and adjustment of spouses of critically ill patients with cardiac disease; Heart Lung 1992;21:160-66.
- O'KEEFFE B. *et al*;Family care in the coronary care unit:An analysis of clinical nurse specialist intervention; Heart & Lung; March 1988,vol.17,Nº2.
- PANZARINE S.; Coping:Conceptual and methodological issues; Advance Nursing Science,7(4),49-57,July 1985.
- PEARLIN L.; The sociological study of stress;Journal of health and social behavior 1989.vol.30 (september) 241-256.
- RIFFLE K.; The relationship between perception of supportive behaviors of others and wives' ability to cope with initial myocardial infarctions in their husbands; Rehabilitation Nursing; nov-dec 1988.Vol.13,Nº6.
- ROJAS VILLEGAS; Enfermedad del corazón y grandes vasos; Editorial Mediterráneo.Santiago de Chile 1987.
- RUNIONS J.; Aprogram for psychological and social enhancement during rehabilitation after myocardial infarction; Heart & Lung, March 1985,vol.14,Nº2.
- SKELTON M.,DOMINIAN J.; Psychological stress in wivws of patients with myocardial infarction; British Medical Journal; 1973,2,101-103.
- STANIK J.; Caring for the family of the critically ill surgical patient; Critical Care Nurse,vol 10,Nº 1;43-47.
- WETHINGTON E. Y KESSLER R.; Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events; Journal of Health and Social Behavior 1986, Vol,27 (March):78-89.
- WISHNIE HA *et al.*; Psychological hazards of convalescence following myocardial infarction; JAMA 215:1292,1971.
- WHEATON B.; Models for the stress-buffering functions of coping resources; Journal of Health and Social behavior 1985.Vol.26 (December): 352-364.
- WIKOFF R. Y MILLER P.; Analysis of the Jalowiec scale with cardiac patients' spouses; Nursing Research; July-august 1989. Vol. 38, Nº4.
- WINSLOW E.; The role of the nurse in patient education; Nursing Clinics of North America-Vol.11, Nº2, June,1976.