



Senferdialt

PEDRO; EL HACEDOR DE CAMINOS. UNA APLICACIÓN DEL MODELO DEL MARCO SISTÉMICO Y TEORÍA DE LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE KING

Mirliana Ramírez-Pereira¹

¹ Carrera de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. Coquimbo. Chile.
mmramirez@ucn.cl

Resumen

El modelo “Marco Sistémico y Teoría de la Consecución de Objetivos”, fue elaborado por Imogene King y publicado en una primera aproximación en 1971 bajo el nombre de Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human behavior. Se considera un modelo conceptual, es decir “aquel que entrega un marco de referencia distinto para sus partidarios, que les explica como observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina” (Fawcett en Marriner 2007), también incluyen la perspectiva de la autora sobre cada uno de los conceptos de los metaparadigmas y explícita o implícitamente, incluyen grandes teorías. Este documento tiene como objetivos conocer el modelo conceptual de King y aplicarlo a una experiencia vivida en torno al trabajo de enfermería con pacientes con patologías renales

Introducción

El modelo “Marco Sistémico y Teoría de la Consecución de Objetivos”, fue elaborado por Imogene King y publicado en una primera aproximación en 1971 bajo el nombre de *Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human behavior*. Según Fawcett ¹ Se considera un modelo conceptual a “aquel que entrega un marco de referencia distinto para sus partidarios, que les explica como observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina” también incluyen la perspectiva de la autora sobre cada uno de los conceptos de los metaparadigmas y explícita o implícitamente, incluyen grandes teorías.

Este documento tiene como objetivo conocer el modelo conceptual de King y aplicarlo al estudio de caso de un usuario portador de enfermedad renal crónica, utilizando la narrativa como aproximación metodológica. Se divide en dos apartados, el primero donde se entregan antecedentes contextuales del modelo teórico empleado y de narrativa como aproximación teórica metodológica y el segundo en la cual se presenta la historia de don Pedro nombre ficticio, para proteger la identidad del paciente. Se consideraron los aspectos éticos, donde se incluyeron el consentimiento informado del participante y mantenimiento de la confidencialidad, entre otros.

Antecedentes contextuales

El Marco Sistémico de King ofrece “un acercamiento al estudio de los sistemas como un todo y no a partir de sus elementos considerados de forma aislada” y que “fue diseñado para explicar los todos organizados en los que se espera que las enfermeras ejerzan su profesión”¹

Para King su marco de referencia “se diferencia de otros esquemas conceptuales en que no se preocupa de las relaciones fragmentarias entre los seres humanos y el entorno, sino de las transacciones humanas producidas en diversas clases de entornos.”¹

King desarrolla un sistema que representa los sistemas personales, interpersonales y sociales, como dominio de enfermería. En el sistema personal se observan los conceptos de imagen corporal, crecimiento y desarrollo, percepción, yo, espacio y tiempo, para así entender a los seres humanos como personas.

Los sistemas interpersonales o grupos se forman cuando hay interacción entre 2 o más personas (diadas o triadas). Por ejemplo enfermera-paciente o familias cuando son nucleares. En estos sistemas se deben conocer los conceptos de comunicación, interacción, rol, stress y transacción.

El sistema social es un sistema amplio integrado por grupos. La comprensión del sistema social exige conocer los conceptos de autoridad, toma de decisiones, organización, poder y estado.

Por otro lado, la teoría de la consecución de objetivos se centra en el sistema interpersonal y en las interacciones que tienen lugar entre las personas, específicamente en la relación enfermera-paciente. En el proceso de enfermería cada miembro del dúo percibe al otro, realiza juicios y desempeña acciones, estas actividades culminan en una reacción, y si subsanan los trastornos, se producen las transacciones.

Con respecto a la narrativa, se considera como un enfoque teórico metodológico de la investigación cualitativa, derivada de las ciencias sociales y recientemente aplicada en el área de la salud. Es definida por Bruner ³, “como una manera de realizar un pacto con la experiencia dolorosa, así la organización del material de la experiencia vivida sea la misma experiencia narrativa”. Por otro lado según Dewey ⁴ experiencia es una interacción entre lo subjetivo y lo objetivo del ser, las cosas y los eventos pertenecen al mismo mundo de lo físico y lo social y son transformados a través del contexto humano en el cual se encuentran.

A continuación se describirá la aplicación de este modelo en la historia de Pedro; un usuario en diálisis peritoneal, usando para esto la narrativa en primera persona, como reflejo del mundo de la enfermería.

Pedro; el hacedor de caminos

Cuando conocí a Pedro, recién había llegado a vivir a La Serena, y comenzado a trabajar con un equipo de diálisis peritoneal. No era objetivo inmediato para mí hacer clínica, sin embargo ahí estaba, ciudad nueva, casa nueva, trabajo nuevo, con todas las inseguridades y miedos correspondientes.

Formada bajo el dogma del autocuidado, creación de capacidades y respeto por el otro siempre ese había sido mi norte en el trabajo con mis pacientes renales, y en esta nueva ciudad no tendría por qué ser distinto. Por lo menos eso pensaba yo.

Pedro era un paciente insuficiente renal de 63 años, diabético tipo II e hipertenso de larga data, de profesión ingeniero agrónomo, en proceso de jubilación por invalidez, se definía como “un gozador de la vida”, criaba caballos de carrera, por lo que viajaba continuamente a Viña del Mar donde tenía un departamento, pertenecía al Rotary Club de la ciudad y como siempre nos recordaba provenía de las “familias antiguas” de la zona. Para él sus patologías eran una consecuencia más de su existencia, sin gran importancia, sin embargo usaba un misterioso bastón.

Me llamaba la atención la tranquilidad con se tomaba la enfermedad renal; hacía dos semanas se le había instalado el catéter de diálisis peritoneal, acudía a los controles acompañado por su esposa y uno de sus hijos, los otros dos vivían fuera de la ciudad. Se veía de buen ánimo, orientado a aprender todo lo posible acerca de la enfermedad y su autocuidado. Como ocurre en la mayoría de los casos, su esposa e hijo también comenzaron con la educación recibiendo instrucción acerca de la patología, cuidados y técnica de

diálisis peritoneal, sin embargo a las dos semanas su hijo desistió por “falta de tiempo”. La instrucción resultó mucho más prolongada de lo habitual, aproximadamente 2 meses. Su esposa se angustiaba mucho con la responsabilidad que se derivaba de la técnica y él muy perfeccionista, se molestaba cuándo era corregido.

Don Pedro tenía inestabilidad en la marcha, y a raíz de eso usaba el bastón. En un comienzo pensé que su uso era secundario a un accidente vascular, pero en un control me contó que lo tenía debido a que era muy nervioso, y temía caminar sin él.

Al cabo de dos meses comenzó a dializarse en domicilio, llamaba al teléfono de urgencia a cada momento preguntando todo. Yo veía la llamada y era...don Pedro de nuevo, su vida comenzó a girar en torno a su enfermedad, alejándose de sus amigos del Rotary, (quienes desconocían la gravedad de su cuadro) de su esposa e hijos, sin grandes intentos de parte de la familia de colaborar con el paciente o acercarse en un plano afectivo a él.

En algún control me comentó que había sido muy “diablo” cuando joven, su esposa lo había perdonado muchas veces, y lo que estaba viviendo ahora era muy merecido. En otras ocasiones refería que el “castigo divino era demasiado grande”, que no había sido “tan malo” y que había trabajado toda su vida para que su familia no sufriera de carencias, pero sentía que no era valorado por sus seres queridos.

Su sistema personal, grupal y social, estaba muy alterado. En el sistema personal, la *percepción* de la enfermedad era grave, limitante que requería muchos cuidados, y que lo

ataba a un procedimiento que debía realizar cuatro veces al día y que le impedía llevar una vida normal.

En el *self* ya no era el individuo dinámico, que volcaba al mundo exterior, proyectándose hacia el futuro. Su única preocupación era tomar el tiempo para la diálisis, ya no había proyecto de vida, salvo sobrevivir. Su autoestima estaba disminuida, ya no podía trabajar realizando asesorías, se sentía discriminado, desde que se había enfermado no recibía más trabajo.

En el *crecimiento y desarrollo* que involucra los pensamientos relacionados con la evolución biológica, física y mental don Pedro se encontraba muy preocupado por la evolución de su enfermedad, aunque agradecía estar vivo, aunque fuera dependiendo del procedimiento.

El *espacio o entorno*, estaba constituido por su habitación, y la unidad de diálisis, ese era su mundo, el sentía que era reducido, pero al mismo tiempo le daba seguridad, y según mi opinión también satisfacía su necesidad de control, con el paso del tiempo, cuándo ya teníamos más confianza, me comentó que él como buen ingeniero era “muy controlador y rígido”. Por otro lado sentía que su *tiempo* se acababa, que la muerte era más cercana. Para mí, como enfermera, era muy difícil que el comprendiera que la diálisis no era el final, y que su vida no podía centrarse en su patología.

Su *imagen corporal* la sentía alterada “con este cordoncito colgando que ganas me van a dar de estar con una mujer” “si esto no parece humano”. Se sentía cada vez más envejecido y cansado.

En el sistema interpersonal el *papel*, definido como la función situacional que cumple el individuo en relación a su enfermedad, don Pedro mantenía un estricto régimen hiposódico, eliminó todos los saleros de mesa de su hogar, su alimentación era especial, distinta a la de su esposa, hijo y a la de la asesora del hogar que vivía con ello. Se pesaba y tomaba la presión 4 veces al día.

En el proceso de *interacción*, entendido como la interrelación entre dos o más individuos, don Pedro manifestaba que el equipo de salud es su segunda familia, se sentía apoyado, escuchado y querido, consideraba que estaban altamente calificados y eso le daba mucha seguridad. Lo que me hacía sentir muy orgullosa como parte del equipo, conformado por 3 enfermeras y 2 médicos.

Sin embargo, la *comunicación* enfermera-paciente se vio truncada por mi insistencia en que abandonara el bastón, ya que no había causa orgánica de su inestabilidad, le insistía en que “estaba todo en su mente”, y que sus posibles empleadores al verlo en esas condiciones, eran reticentes a la contratación. Él se sintió presionado, persistía desde mi visión del fenómeno, en su actitud de ser víctima de la vida y de la resignación que eso conlleva, por lo que se quejó ante el médico director, ya que sintió que yo era cruel con él. Me sentí sorprendida y con cierto malestar, que intenté no proyectar en mi relación con Don Pedro. Con los años he aprendido a reflejarme en el otro, ver que me está enseñando de mi misma, don Pedro definitivamente me enseñaba a detenerme y analizar los procesos más que la meta.

Y este aprendizaje dio paso a la *transacción*, es decir al proceso de la superación de alguna dificultad percibida en la vida. En este punto, luego de mi autoanálisis, me di cuenta de lo obcecada que había sido en mi insistencia de que llevaré una vida normal, sin respetar su proceso ni sus tiempos. Comencé a programar controles de enfermería de una hora de duración, con largas conversaciones donde al cabo de un año, llegó un día sin bastón, para mostrarme lo mucho que había avanzado, y que el objetivo planteado por ambos se había logrado, en los plazos que para él eran los adecuados y en las actividades que para la enfermera eran las adecuadas.

Aun mantengo contacto con Don Pedro, la persona que fue capaz de forjar su propio camino después del diagnóstico de una enfermedad considerada como terminal y que me enseñó a entender los procesos en las relaciones enfermera- paciente, ahora se dializa para vivir y no vive para dializarse.

Conclusiones

El modelo de King permite fortalecer la labor de enfermería desde un perspectiva sistémica, integral, que permite ver al otro como un igual del cual la enfermera puede aprender sobre sí misma, y como mejorar su labor. El uso de modelos permite fundamentar la praxis en la teoría y la filosofía, dejando parcialmente de lado el empirismo, propio de la pre ciencia.

Por otro lado el uso de la narrativa constituye un refuerzo de la generación del conocimiento disciplinar centrado en la comprensión holística del ser humano, en la cual

son fundamentales la comunicación, el estar atentos a la alteridad, al lenguaje; verbal y no verbal y por sobre todo a la posibilidad de sentir al otro.

Referencias Bibliográficas

1. Raile MA. Family Healthcare With King's Theory of Goal Attainment. Nursing Science Quarterly 2010, 23(2):99-104. Utilization & Application. Ed. Mosby Elsevier; 2010
2. Bezerra S, Silva L, Percepção de pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos de Imogene King. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2010;31 (3):499-507
3. Bruner JE. Making Stories: Law, Literature, Life.; 2002.
4. Mercau H. El proceso de la experiencia en la filosofía de John Dewey: acción inteligente, creativa y democrática. Logos. 2012 enero-junio del 2012; 21:91-124.