

WWW.E-ROL.ES · VOL. 41 N° 6 · JUNIO 2018

PRECIO DE ESTE EJEMPLAR 19,00 €



ROL

revista de enfermería

MEJOR REVISTA DE ENFERMERÍA PREMIO UESCE

Revista ROL de Enfermería
indexada en
**ESCI Journal
Citation Reports®**



Enfermeras. Una voz para liderar. Liderando con voz propia

JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA: Profesor titular del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Redactor jefe de *Revista ROL de Enfermería*.

Este artículo es la adaptación de la conferencia impartida con motivo del Día Internacional de las Enfermeras, el día 11 de abril de 2018, en la Escuela de Enfermería del Hospital La Fe de Valencia.

En un día de tanta importancia para las enfermeras voy a intentar poner voz (y digo «poner voz» no porque considere que la mía tenga una significación especial, sino para ajustarme al lema que el Consejo Internacional de Enfermeras ha elegido este año: «Enfermería: una voz para liderar»), voy a intentar, decía, poner voz con la esperanza de saber expresar los sentimientos que este lema genera en mí y con el deseo de poderles trasladar la emoción, el interés y la fuerza que encierran.

La verdad es que cuando empecé a pensar sobre qué tema debía hablar no me resultó fácil hallarlo. La responsabilidad, los nervios, la emoción, la ilusión se arremolinaban en mi mente sin permitirme concretar lo que quería decir y, lo que era aún más difícil, cómo decirlo.

Desde luego, la elección como eje de mi conferencia del lema de este Día me parecía fundamental. Sin embargo, ¿cómo tenía que abordarlo sin caer en el populismo demagógico de ensalzar gratuitamente y sin demasiados argumentos, más allá de los puramente emocionales, lo que es y significa el liderazgo enfermero? Y luego, ¿cómo ponerle voz propia a este liderazgo y transformar el lema de mi intervención?

Resolví que no había mejor manera de empezar que hablar de líderes de referentes. Y es que, por desgracia, las enfermeras no solemos identificar a nuestros referentes como sí hacen otras disciplinas o profesiones, a pesar de que los tenemos.

No voy a analizar las causas que han conducido a esta «ceguera» de referentes, pero sí que considero interesante destacar un par de factores que creo pueden ilustrar algunas de las razones. Cada vez que hemos ido a un concierto de música clásica, en el programa de mano hemos leído, en la breve reseña biográfica del solista que iba a intervenir, que había estudiado con tal o cual maestro. También hemos leído el currículo de un científico en el que aparece de manera destacada que ha formado parte del equipo de la Dra. Menganita. Podría mencionar otros ejemplos. Aún estoy esperando ver, en el currículo de alguna enfermera, la referencia a que ha trabajado, estudiado, investigado junto con tal o cual enfermera referente, como dato, no tan solo de relevancia curricular, sino de orgullo personal.

Por lo tanto, hablar de liderazgo implica necesariamente hablar de referentes. En tanto en cuanto no seamos capaces como disciplina, ciencia o profesión de identificar y valorar a nuestras referentes y convertirlas en líderes, no seremos capaces de madurar y ser visibles y reconocibles.

Pero tampoco quiero que mi planteamiento se convierta en una inmolación en la que nos lamentemos de nuestras carencias. Entre otras cosas, porque casi nunca tenemos la oportunidad, porque no nos la quieren dar quienes tienen la opción de hacerlo, de demostrar lo que somos capaces.

Muchas personas nos dicen, siempre que tienen o les proporcionamos la ocasión de hacerlo, lo importantes que somos, que representamos el pilar fundamental del sistema, que sin nosotras nada sería posible... pero los mismos que utilizan esos discursos complacientes son los que después no nos dan la oportunidad de acceder a puestos de alta responsabilidad en igualdad de condiciones con otras disciplinas. Y en estas condiciones de desigualdad es difícil que se oiga nuestra voz y actuamos como muñecos manejados por un ventrílocuo que nos mueve y da voz como si tuviésemos vida propia, sin tenerla realmente. Tal vez hemos de esperar el día en que, como en el cuento de Pinocho, un hada nos conceda voz propia y capacidad autónoma, responsable y directa en la toma de decisiones allá donde se toman y deciden las políticas de salud, no como una concesión, sino como una oportunidad en igualdad de condiciones con otros profesionales.

Como decía Von Schiller: «Las palabras son siempre más audaces que los hechos», pero también es cierto que la palabra es mitad de quien la pronuncia o escribe y mitad de quien la lee o escucha, es decir que están sujetas a interpretación y, por lo tanto, nada de lo que yo diga, por audaz que pudiese ser, tendrá valor si no es compartido, analizado y traducido en hechos que sean capaces de modificar unos escenarios en los que aún tenemos, podemos y debemos decir muchas cosas¹.

No obstante, para que esto suceda, además de voluntad política se requiere voluntad profesional. Y para ello tenemos que usar nuestros cinco sentidos, los sentidos del cuidado que permitan dar significado a los cuidados con voz propia para poder liderar con decisión, compromiso, implicación, respeto, solidaridad, determinación y responsabilidad. Esa

es la voz que necesitamos concretar a través de los sentidos enfermeros: el liderazgo de los sentidos, el liderazgo de los cuidados.

Por lo tanto, me van a permitir que hagamos un recorrido por los sentidos, nuestros sentidos, con el fin de identificar qué vemos, oímos, olemos, saboreamos o tocamos y, en consecuencia, qué hacemos con lo que percibimos a través de ellos.

El liderazgo de la mirada

La mirada enfermera es aquella que, al observar al conjunto de la comunidad –representada por el círculo– a través de la lente de la profesión-disciplina o ciencia enfermera (constituidas por los conocimientos, habilidades, competencias, evidencias y principios éticos), visualiza e identifica el ámbito concreto en el que se materializan las situaciones y problemas que las enfermeras pueden ayudar a resolver. Y esto es lo que Rosamaría Alberdi, inspirada en los términos de la filósofa Adela Cortina, denomina el «bien intrínseco», es decir, «aquello que la profesión enfermera proporciona de manera única a la comunidad y que constituye un servicio indispensable para su mantenimiento». Este bien intrínseco es dinámico y adaptable a los diferentes contextos y realidades, constituye el «discurso profesional», que se entiende como «el conjunto de significados que nombran las parcelas de responsabilidad de la enfermería, las identifican y diferencian de todas las demás»^{2,3}.

Y desde estos dos elementos la mirada enfermera se dirige solo a quien lo ha adoptado y excluye a aquellos que se identifican con otros paradigmas, es decir, a quienes no se identifican con la prestación de cuidados enfermeros como el eje que articula toda el trabajo de las enfermeras.

De igual manera, la mirada enfermera amplía la comprensión de la comunidad, de las familias y de las personas y permite identificar, en esa porción de necesidades y problemas de salud de la comunidad que es capaz de focalizar con la perspectiva de cuidados, qué es relevante en relación con la salud y el bienestar de la población atendida, tanto como lo hace la tecnología aplicada a la curación o al diagnóstico de la enfermedad.

Pero, además, la mirada enfermera, a través de la observación, debe ser capaz de identificar también las desigualdades e inequidades que se presentan en la comunidad para dar respuestas autónomas y compartidas, integrales, integradas e integradoras que ayuden a salvaguardar los derechos fundamentales de la población atendida. No podemos ni debemos cerrar los ojos o mirar hacia otra parte. Es nuestra responsabilidad y nuestro compromiso estar atentas para poder dar los cuidados que, como enfermeras, estamos obligadas a dar, pero también dispuestas a que se nos demanden, pues somos las únicas que podemos prestarlos con las garantías que corresponden y merecen las personas, las familias y la comunidad⁴.

Porque la mirada enfermera debe ser capaz de percibir y entender el lenguaje de los gestos, de las expresiones, de los

movimientos o la quietud, es decir, el lenguaje no verbal que tanto aporta y tanto comporta en la comunicación. Y es que, como dice Paulo Coelho: «Existe un lenguaje que va más allá de las palabras».

Por consiguiente, no se trata tan solo de mirar. Porque mirando no siempre se ve. La mirada enfermera tiene que ver, percibir, captar, identificar, diagnosticar, diferenciar... para poder prestar los cuidados que sean precisos, para contribuir a promover y mantener la salud o para restablecerla cuando sea necesario y posible.

Porque, tal como dice el poeta George Herbert of Cherbury: «En todas partes, una mirada es una forma de lenguaje». Y: «Quien no comprenda una mirada, tampoco comprenderá una larga explicación».

El liderazgo del olfato

Parece que el olfato estuviese relegado al último lugar de los sentidos. Cuando el hombre se puso de pie, el olfato perdió protagonismo. Al estar más alejado del suelo, la vista y el oído adquirieron importancia, mientras que el olfato de corto alcance no era suficiente para el nuevo horizonte ampliado.

Pero más allá de los olores que se pueden percibir a través del olfato, la pregunta es si la reacción de las personas frente a los olores es innata o construida. En principio, los porqués son difíciles. En el caso del olfato, se trata de una cuestión subjetiva y ligada a las emociones. De todas maneras, se puede aceptar que, innatamente, no nos gusta determinado olor por cómo estamos constituidos, por características propias de la especie. Por otra parte, debemos tener en cuenta la variación intraespecie. No todos los olores se perciben de una manera idéntica por todos, ni a todos les producen las mismas reacciones ni incluso los mismos sentimientos. La multiculturalidad es un factor determinante en la percepción de los olores y de cómo forman parte de la vida de las personas a las que prestamos cuidados.

Parece, pues, que el olfato tenga poco que ver como sentido relacionado con los cuidados. Yo considero, sin embargo, que nada está más lejos de la realidad. Porque me van a permitir que les diga, y espero coincidan conmigo, que la pobreza, la desigualdad, la compañía o la soledad, la alegría o la tristeza tienen olores que nos permiten identificarlos y que, no necesariamente, van a estar ligados a aromas concretos. No obstante, huelen de una manera específica que nos hace ponernos alerta y activar nuestro bien intrínseco, es cierto. Posiblemente, de ahí venga el dicho de «tener olfato».

Y si no, fíjense en estas palabras escritas por Isabel Allende: «Catalogaba a la gente a través del olfato: Blake, su abuelo, olía a bondad, una mezcla de chaleco de lana y manzanilla; Bob, su padre, a reciedumbre: metal, tabaco y loción de afeitar; Bradley, a sensualidad, es decir, a sudor y cloro; Ryan Miller olía a confianza y lealtad, olor a perro, el mejor olor del mundo. Y en cuanto a Indiana, su madre, olía a magia, porque estaba impregnada de las fragancias de su oficio».

Así pues, las enfermeras debemos tener, mantener y agudizar nuestro olfato con tal de identificar los olores que per-

cibimos, no como simples aromas, sino como señales que deberemos incorporar al proceso de cuidados.

O sea que, como dice el publicista y escritor catalán Joaquín Lorente: «El triángulo del éxito: una idea, bastante olfato y mucho coraje».

El liderazgo del oído

Con el oído percibimos los sonidos. Pero sin duda esto no es suficiente si queremos liderar el sentido de los cuidados. Necesitamos prestar atención a lo que oímos para extraer su significado. Es un proceso mental y un proceso de extracción. Por lo tanto, escuchar no es lo mismo que oír, pues esto último se refiere solo a notar los sonidos que entran por los oídos. Escuchar requiere decodificarlos para comprenderlos, por lo que, si no hay escucha, no puede haber comunicación. Oír es involuntario, y se llega incluso a naturalizar y no sentir determinados sonidos por repetitivos. Escuchar, sin embargo, requiere voluntad y conocimientos para hacerlo eficazmente.

Comunicar con las personas supone que, como enfermeras, tengamos una comprensión profunda de nosotras mismas para comprender mejor al otro, y que la gama de sentimientos que en nosotras se producen en todo momento, cualesquiera que sean, los aceptemos como algo propio de la persona. De esta manera no nos extrañaremos de las actitudes de nuestro interlocutor.

Es habitual escuchar «no tengo tiempo» como excusa permanente para continuar oyendo sin escuchar. Pero realmente no es una cuestión de tiempo, porque el tiempo como recurso es el más igualitario de todos, ya que no existen minutos de más o menos segundos para unos u otros. Por lo tanto, finalmente se trata de un tema de voluntad y, sobre todo, de planificación del tiempo para poder escuchar.

El problema real suele estar en que tenemos miedo de escuchar y que lo que escuchemos nos haga sentirnos amenazados o culpabilizados por lo que sintamos. Y lo que realmente pasa es que, como decía Goethe: «Los sentidos no engañan, engaña el juicio».

Los sentimientos son muy variables a la vez que pasajeros y surgen en nosotros con una espontaneidad extraordinaria. Los sentimientos no son ni buenos ni malos. Lo malo o lo negativo es el comportamiento que podemos tener como consecuencia de ciertos sentimientos, como culpabilidad, vergüenza, ansiedad, resignación...

No podremos nunca identificar las necesidades reales de las personas si no las escuchamos. Y para escuchar debemos respetar y generar confianza. Debemos codificar lo que se nos traslada tanto a través de la palabra como de los silencios, que es una forma como otra cualquiera de comunicar. Porque nuestra mirada, de la que hablábamos antes, tan solo será eficaz si la acompañamos del resto de sentidos, como en este caso el oído.

Debemos evitar la interpretación y sustituirla por la observación, de tal manera que evitemos hacernos ideas preconcebidas y nos centremos en los puntos de vista de nuestros interlocutores, prestando atención y sin juzgar. Lo que está claro para mí tan solo lo está para mí y, en consecuencia, debemos clarificarlo siempre.

Olvidémonos de que, como enfermeras, somos las protagonistas exclusivas y quienes tenemos la solución a los problemas que percibimos y no sentimos. Los verdaderos artífices para resolver sus problemas son las personas, con sus recursos, sus aptitudes y sus actitudes. Nosotros tan solo actuaremos como facilitadoras, dinamizadoras y coordinadoras y en eso consiste la gran dificultad o la grandeza de ser enfermera. No es, como erróneamente se interpreta, lo sencillo, lo que no tiene valor, lo que todo el mundo puede hacer... todo lo contrario. Es complejo y es lo que realmente identifica a una enfermera excelente de una enfermera sin más. El liderazgo del oído, mejor, de la escucha, pasa por identificar que lo mejor

para motivar a una persona es escucharla, pero teniendo en cuenta también que, como decía Juan Donoso Cortés: «Lo importante no es escuchar lo que se dice, sino averiguar lo que se piensa», para luego poder hablar y que se nos entienda, porque, como decía Plutarco: «Para saber hablar es preciso saber escuchar».

El liderazgo del gusto

Resulta difícil en apariencia asociar el sentido del gusto con los cuidados. El gusto está vinculado al olfato, a lo que percibimos a través de él. Y hablábamos de la importancia de percibir y diferenciar los olores de la pobreza, de la tristeza. También de que, cuando se combinan con el poder del gusto, tenemos la oportunidad de diferenciar múltiples matices que nos acercan a las necesidades reales de quienes interactúan con nosotros, como el sabor aplicado a un ambiente o sentimiento. Y de esa manera tenemos la oportunidad de reco-



nocer el sabor del dolor, de la enfermedad, de la frustración, de la ansiedad... incluso el sabor de la muerte. Y aunque son sabores que tratamos de evitar, no podemos despreciarlos por cuanto forman parte del transcurso de la vida.

De nosotros, como enfermeras, dependerá que, actuando como chefs de la mejor cocina seamos capaces de aderezar, mezclar o preparar los ingredientes que, en forma de cuidados, con múltiples sabores también –ayuda, consuelo, cercanía–, logren modificar esos sabores desagradables e intercambiarlos por nuevas sensaciones de confort, bienestar o autoestima. De tal manera que identifiquemos los retos de los cuidados como el sabor de nuestra vida y la razón por la que nos lanzamos a ellos con el fin de aprender a ser mejores cada día como enfermeras.

Pero que nadie se lleve a engaño. Esto no es la simplicidad de la compañía, de lo cotidiano, de lo doméstico, que es donde siempre han querido situar a los cuidados mediatizados por el desarrollo científico positivista, el cual propició una fundamentación de la división sexual del trabajo extrapolada del núcleo familiar.

Al reivindicar en exclusiva como éxito las satisfacciones subjetivas estamos limitando al círculo de lo afectivo, doméstico y privado el espectro de posibilidades de realización con que cuenta todo ser humano y, por lo tanto, limitando las posibilidades de realización con que cuentan las enfermeras.

Por lo dicho, saber identificar los olores y los sabores de la vida de las personas y tratar de que cada una de ellas pueda disfrutar del mejor sabor es algo que tan solo las enfermeras, a través de los cuidados enfermeros, somos capaces de hacer y aquello que representa nuestro bien intrínseco. Por lo tanto, los cuidados así entendidos no están ligados tan solo a una reacción humana de sentimientos o emociones, sino que forman parte, como dijo Susan Sontag de la inteligencia, que es realmente una especie de sabor: el gusto por las ideas y los conocimientos, que se transforman en ciencia, la ciencia enfermera.

El liderazgo del tacto

Nada mejor para empezar con nuestro último sentido, el tacto, que utilizar las palabras de la escritora brasileña Clarice Lispector: «Más allá de la oreja existe un sonido, la extremidad de la mirada un aspecto, las puntas de los dedos un sujeto: es allí a donde voy». Esa combinación de sentidos es la que

permite, precisamente, preparar los mejores cuidados, que en gran medida tienen su máxima expresión, aunque no la única, en el tacto.

Desde el mismo momento en que nacemos, necesitamos sentir, estar en contacto con alguien más. Eso es tan obvio para los científicos que, hasta en las incubadoras de los servicios de neonatología de los hospitales, los bebés prematuros son acariciados y masajeados regularmente a fin de que no resulten psicológica y físicamente mermados. A partir del nacimiento, el tacto nos dice que no estamos solos en este mundo, que estamos conectados, comunicados, que estamos seguros y somos en alguna forma queridos. A lo largo de nuestra vida nunca superamos la necesidad de ese tipo de contacto.

El tacto comunica sensaciones y sentimientos en un nivel profundo en forma inmediata. Es sanador, reconfortante, cercano, cálido e incluso curativo. A través del mero contacto pueden expresarse cosas diversas, como ternura, amor, relajación o apoyo.

Y los cuidados están íntimamente ligados al tacto, al contacto. Por muchas palabras que logremos decir o miradas cómplices que lleguemos a utilizar, si no van acompañadas de un contacto físico se interpretarán como meras técnicas de comunicación que pueden ser repetidas de manera rutinaria. Pero el contacto físico, el tacto, traslada el calor, el sentimiento, la sensación, la cercanía, el cariño que complementa a los demás sentidos. Porque tal como dijo Oscar Wilde, se trata de «¡Cuidar el alma por medio de los sentidos y los sentidos por medio del alma!», lo cual viene a corroborar lo dicho por Aristóteles de que «Nada hay en la mente que no haya estado antes en los sentidos», para poder trasladarlo a través de los cuidados enfermeros, porque, según decía Kant, «Todo nuestro conocimiento arranca del sentido, pasa al entendimiento y termina en la razón».

Utilicemos pues, como enfermeras, nuestros sentidos más allá de su función fisiológica con el fin de liderar los cuidados como máxima expresión de nuestra profesión, ciencia y disciplina. Démosles el sabor, olor, color, sonido y contacto que los hagan especiales, cercanos, personalizados e irrepitibles, porque, como dijo Goethe: «Los sentidos no engañan, engaña el juicio».

Evitemos la ceguera, la anosmia, la sordera, la disestesia y la ageusia que nos situará en el aislamiento biologicista de un paradigma que no nos corresponde y en el que no tienen cabida los cuidados.



Una voz para liderar

Por todo lo dicho, parece evidente que ejercer como enfermera equivaldría, de hecho, a dar consistencia verbal a nuestra realidad.

La identidad, el liderazgo, el poder, no son los únicos ni posiblemente los aspectos fundamentales del desarrollo profesional enfermero. Posiblemente tampoco sea la manera de abordarlos la más habitual de hacerlo, ni tan siquiera la más correcta. Con seguridad existen otras formas, otros planteamientos que confieran mayor credibilidad a la situación que viven las enfermeras. Pero, en cualquier caso, es la que a mí me provoca seguir creyendo, trabajando, estudiando, amando lo que es y significa ser enfermera. La forma de expresarlos, verbalizarlos, plasmarlos, abordarlos o incluso silenciarlos es lo que puede variar. Siento y percibo a través de los sentidos, haciendo que todos ellos se activen para captar el color, olor, rumor, calor y sabor de los cuidados que hacen que me sienta profundamente satisfecho con lo que hago y para quien lo hago con sentimiento, pero también, y de forma muy rigurosa, con conocimiento.

Es una voz que lidera la defensa del cuidado y de su feminidad con independencia de que quien los preste sea un hombre o una mujer, lo que supone tener que luchar contra el patriarcado sanitarista y biologicista que continúa apartándonos e impidiéndonos trasladar nuestra aportación, nuestra mirada y nuestro bien intrínseco a los espacios que nos tienen acotados.

Es una voz que, a pesar de todo, tiene que oírse y escucharse para que se nos pueda visibilizar como referentes de las enfermeras. Una voz que puede cometer errores, claro está, pero ¿quién no los comete? Tan solo quien no hace nada. Son equivocaciones que servirán para aprender y hacernos más fuertes, más líderes, para evitar quedarnos en tierra de nadie, en la oscuridad, en la medianía, tal como refleja la poesía de una de nuestros principales referentes nacionales, Rosamaría Alberdi⁵.

*Fue no andar el camino
o recorrerlo muchas veces.
Fue no poder mirar atrás
o no ver el futuro.
Fue no saber parar
o descansar demasiado.
Fue la intensidad
o el exceso de levedad.
Y muchos creen
que el error fue siempre
no vivir en la zona media.
Pero ¿a quién le interesa
la zona media?*

Y acabo casi como empecé. Nada ni nadie puede ni debe impedir que nuestra voz pueda liderar lo que nos es propio, nos identifica y nos revaloriza como enfermeras. Por nosotras y por aquellos a quienes nos debemos: las personas, las familias y la comunidad.

Finalmente, no dejemos tan solo en celebración lo que debe convertirse en una reflexión seria, serena y crítica sobre lo que somos, queremos ser y por lo que nos sentimos orgullosas.

Utilicemos nuestra voz para liderar nuestros cuidados, nuestra identidad profesional, nuestra fuerza disciplinar, nuestra visibilidad y nuestra aportación. Y utilicémosla acompañada de todos nuestros sentidos.

¡Ah! Y fíjense que mucho más cerca de lo que pueden ustedes imaginar tienen a una enfermera referente. No continúen obviando la importancia de reconocerlas.

En último extremo sigo opinando que, a pesar de lo dicho, o precisamente por lo dicho hoy, como cualquier otro, este puede ser un gran día para decir con orgullo: «Soy y me siento enfermera».

Bibliografía

1. Martínez Riera JM. Enfermería, sencillamente complicado. Rev ROL Enf. 2005; 28(4):255-64.
2. Alberdi Castell RM. Los estudios universitarios de enfermería y sus implicaciones en la investigación en cuidados. Enferm Clin. 2006;16(6):332-5.
3. Alberdi Castell RM. La formación superior como instrumento para el desarrollo de la Enfermería. Rev ROL Enf. 2000;23(2):99-103.
4. Martínez Riera JR. Pensamiento enfermero. Quo Vadis? Rev ROL Enf. 2007; 30(4):295-6.
5. Alberdi Castell RM. Errores. Medida Humana. Palma: Tallerpalomar Ediciones; 2015.