

La construcción identitaria de la enfermería respiratoria desde la propia experiencia del colectivo

Identity construction of respiratory nursing from the nursing community experience

Autores: Silvia Arranz Alonso (1), Sonia Parra Cordero (2).

Dirección de contacto: sarranz@nebrija.es

Fecha recepción: 18/05/2018

Aceptado para su publicación: 17/07/2018

Fecha de la versión definitiva: 16/11/2018

Resumen

Objetivo. Conocer cómo viven los enfermeros respiratorios su profesión y su posicionamiento en relación al fenómeno de la especialidad de enfermería respiratoria. **Metodología.** Estudio cualitativo desde la perspectiva fenomenológica hermenéutica. Se realizó un muestreo teórico contando con una muestra de 12 enfermeros respiratorios de diferentes partes geográficas del Estado Español. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas (2016-2017) hasta alcanzar la saturación teórica del discurso. Los datos han sido analizados a través del proceso inductivo, de acuerdo a los fundamentos de la Fenomenología Hermenéutica. **Resultados.** La práctica diaria de la enfermería respiratoria evidencia la necesidad de una especialidad. Esta especialidad no se concibe para una inmediatez presente, por carecer de un marco regulador definido, sino como la proyección de un deseo para un futuro cercano. La enfermería respiratoria identifica la especialidad en función de las experiencias vividas por medio de tres categorías temáticas: a) La singularidad del "experto": de la enfermería generalista a la enfermería técnica especialista. b) La "profesionalización": de las alianzas solidarias al trabajo en equipo multidisciplinar. c) "El peso del autodidactismo": del aprendizaje invisible al reconocimiento público. **Conclusión.** Los profesionales de enfermería respiratoria viven su profesión como un área que requiere actualización técnica continuada, donde los conocimientos técnicos y las alianzas solidarias con otros profesionales afines conforman su identidad propia. Se demanda una especialización reglada y un marco legal que regule la profesión.

Palabras clave

Enfermería; Construcción Social de la Identidad; Enfermeras Especialistas; Unidades de Cuidados Respiratorios; Investigación Cualitativa.

Abstract

Aim. To know how respiratory nurses experience their profession and what is their concern over the specialization phenomenon in respiratory nursing due to the increasing demand of respiratory care. **Design.** Qualitative Study based on Hermeneutic Phenomenological Research. Data collection: twelve in-depth interviews (2016-2017) in Spanish State until it reached theoretical saturation of discursive analysis. An inductive analysis was also done following phenomenological basics. **Results.** Respiratory nursing demands a legitimized specialization. This specialty is conceived as a projection desired for the near future, as currently it lacks of a defined regulatory framework. Respiratory nursing identifies this specialty according to lived-experiences through three thematic categories: a) The uniqueness of the "expert": from general nursing to specialist technical nursing. b) "Professionalization": from solidarity alliances to multidisciplinary teamworking. c) "The weight of self-learning": from invisible learning to public recognition. **Conclusion.** Respiratory nurses live their profession as a field that requires continuous technical updating. This technical knowledge and interprofessional relationships lead to their own identity. They demand a legitimized specialization and a legal framework to regulate their profession.

Key words

Nursing; Social Construction of Identity; Nurse Specialists; Respiratory Care Units; Qualitative Research.

Categoría profesional y lugar de trabajo

(1) Doctora por la Universidad Complutense de Madrid, Master Oficial de Investigación en Cuidados de la Salud, Licenciada en Antropología Social y Cultural, Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo y Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Docente de posgrado en la Universidad Antonio Nebrija (Madrid, España); (2) Doctorada en Antropología Social y Cultural por la Universidad Complutense Madrid. Servicio Apoyo a la Investigación Cualitativa SPC. (Valladolid, España).

INTRODUCCIÓN

"La manera de cómo el propio profesional de enfermería concibe su profesión y el sentimiento que esto genera en él influye en su manera de actuar y relacionarse con el entorno" (1).

El fenómeno de la identidad enfermera se ha abordado desde distintas disciplinas sociales y de la salud (2). Diversos estudios evidencian la existencia de un entramado discursivo complejo y ambiguo en la construcción identitaria de la enfermería, dando lugar a una imagen distorsionada de la profesión. Las connotaciones religiosas, biomédicas, técnicas y de género (3), influyen negativamente tanto la autoestima como la imagen social de la profesión (1,4,5). A día de hoy podemos afirmar que la identidad profesional de la enfermería se construye en relación a "la experiencia y sentimiento de ser enfermera" (6). La suma de experiencia y sentimiento de ser enfermero construye conceptos como autoestima, autoimagen y rol del enfermero (1). Si bien estos trabajos se han llevado a cabo en el contexto de la enfermería generalista, no existen estudios específicos sobre esta materia en el colectivo de la enfermería respiratoria, al no contar con un campo de conocimiento propio, producción científica amplia y participación representativa en grupos multidisciplinares. Esta carencia de literatura científica nos ha llevado a aproximarnos a la realidad vivida de la enfermería respiratoria por medio de acontecimientos de salud acaecidos en la sociedad (7), referencias bibliográficas de la especialidad médica (8), especialidades enfermeras (9), estudios de enfermería respiratoria relacionados con los cuidados a patologías respiratorias concretas (10,11) y la aplicación de técnicas específicas (12-14).

Abordar el fenómeno de la especialidad desde una aproximación identitaria permite conocer la identidad social de un colectivo desde la perspectiva del propio grupo, la cual nos define ante nuestros iguales y opuestos, y nos construye como sujeto individualizado dentro del colectivo (15). Estudiar la identidad enfermera respiratoria requiere mirar y reflexionar sobre: cómo vive, se siente y se posiciona el enfermero respiratorio dentro de su lugar de trabajo y cómo se proyecta hacia un futuro de especialidad.

En la actualidad las enfermedades respiratorias están entre las de mayor prevalencia en nuestro país (7). Según datos recogidos en el libro blanco de la neumología en España (2015) en las últimas décadas se ha detectado una tendencia de crecimiento por parte de la patología respiratoria que se mantendrá a medio y corto plazo (16). Esta situación hace evidente la necesidad de un colectivo sanitario

calificado. Sin embargo, la enfermería respiratoria continúa siendo invisible a nivel legislativo y normativo (17) y forma parte de un crisol de profesionales y espacios de intervención poco definidos dentro del campo respiratorio. La literatura consultada define al grupo que trabaja en respiratorio como un "cajón de sastre" que agrupa a profesionales diversos y donde se demanda una mejor definición competencial de trabajo, la creación de consultas monográficas y un mayor desarrollo tecnológico (18,19).

En este estudio se ha abordado el fenómeno de la identidad enfermera desde el marco fenomenológico pues tiene como foco las prácticas cotidianas y no aquello que piensan o teorizan las personas. Permite comprender el significado que cada persona otorga a sus experiencias vividas (embodied experience) desde los propios elementos que les hace sentirse ligados a su mundo (embodied) y al contexto (20). En particular se ha optado por la fenomenología hermenéutica (FH) por ser el medio que permite comprender una vivencia en sí misma (being in the world) dentro del propio proceso interpretativo en el que esta se da (21) y desde la propia perspectiva del autor (22).

Esta investigación permitirá visibilizar, conocer, nutrir y describir el campo de la enfermería respiratoria desde el propio discurso experiencial de las personas que viven el fenómeno a diario como profesionales. Los resultados alcanzados serán útiles para saber cómo desde la experiencia vivida (lived experience) se identifica y vive el fenómeno de la especialidad de enfermería respiratoria. El objetivo principal de este estudio es conocer cómo viven los enfermeros respiratorios su profesión y su posicionamiento en relación al fenómeno de la especialidad de enfermería respiratoria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo desde la perspectiva fenomenológica hermenéutica. Se eligió la FH por la capacidad de acceso a la comprensión profunda de un fenómeno desde la experiencia humana y a la interpretación de los significados esenciales de la vivencia (23). La FH permite ir conociendo la esencia del significado mientras se recoge la información, se codifica y analiza de forma continua y simultánea. Además se ha adoptado la perspectiva de Van Manen porque defiende una noción de "método" agógica, en la que el método no es hermético, sino que pretende abrir un camino para que el investigador haga su propia ruta en la investigación fenomenológica.

Participantes: Se realizó un muestreo teórico reclutando enfermeros respiratorios procedentes de

diferentes puntos del Estado Español. Una de las características de este tipo de procedimiento de recopilación de información es que el tamaño de la muestra no se conoce al inicio sino cuando la indagación ha culminado. Se empleó la técnica de bola de nieve para la captación de la muestra. Siguiendo el principio de selección gradual, se identificaron los casos de interés a partir de alguien que conocía a otro buen candidato para participar. Este muestreo se inició con personal de enfermería respiratoria que participaba en sociedades científicas de la neumología y cirugía torácica como SEPAR y/o NEUMOMADRID, y fue ampliado posteriormente a profesionales no asociados.

Se contó con una muestra de 12 enfermeros respiratorios. Todas las personas seleccionadas y contactadas, accedieron voluntariamente a participar en el estudio.

Los criterios de inclusión para la muestra fueron: ejercer en el ámbito de la neumología y contar con una antigüedad profesional superior a cinco años en ese servicio. Y los criterios de exclusión: experiencia laboral inferior a 5 años en el campo de neumología, no ejercer en la actualidad en el ámbito de la neumología y renunciar a participar voluntariamente en el estudio.

Recogida de datos: La recogida de datos se realizó entre 2016 y 2017 mediante entrevistas semiestructuradas hasta alcanzar la saturación teórica del discurso (24, 25). Se realizaron inicialmente dos entrevistas abiertas como pilotaje de la investigación y para la posterior elaboración de un guion de entrevista. Estas entrevistas presentaron los conceptos claves para captar qué se dice cuando se habla, identificar la frecuencia y prioridad en la que se presentan algunos temas y conocer algunas interrelaciones entre las diferentes temáticas.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio para su posterior transcripción y análisis.

De manera simultánea, se realizó una búsqueda de fuentes bibliográficas, se confeccionó el cuaderno de campo y se efectuaron anotaciones, in situ, durante la realización de las entrevistas.

Análisis de datos: Los datos han sido analizados a través de un proceso inductivo de acuerdo a los fundamentos de la FH (20, 21). Primero se indagó el fenómeno en particular, luego sobre sus esencias generales y, por último, se aprehendieron las relaciones entre esencias (26-29).

Se eligió como herramienta para el análisis, organización e interpretación de los datos los "cuatro parámetros existenciales" de Van Manen, 1997 (30):

espacialidad (espacio vivido), corporeidad (el cuerpo vivido), temporalidad (el tiempo en el que se vivió) y relacionalidad (las relaciones humanas vividas). Estas unidades temáticas estructuraron inicialmente la información en cuatro bloques, si bien, posteriormente y tras la comparación de las unidades temáticas o de significado, se codificó la información para extraer códigos, categorías y subcategorías a partir del proceso de agregación. En busca de la apertura genuina del fenómeno, se verificaron las transformaciones lingüísticas mediante una reducción eidética de los significados (esencialidad o circunstancialidad de los diferentes textos) y una reducción heurística (detección de presuposiciones, prejuicios).

La manipulación de la información concluyó con una triangulación de datos (contrastando fuentes de datos como transcripciones de entrevistas, diarios, relatos, bibliografía, páginas Web, etc.) y una triangulación del equipo investigador (analizando, triangulando y consultando la literatura publicada).

Consideraciones éticas: Los datos sobre la identidad y opiniones de las personas entrevistadas se han mantenido en todo momento bajo estrictos criterios de confidencialidad. Para el tratamiento informático y transcripción de las entrevistas se ha utilizado una codificación mediante una letra y un número, utilizando los símbolos "E" para los profesionales miembros de una sociedad científica y "NE" para aquellos que no lo son. A continuación de la letra se añadió un número para indicar el orden de codificación conforme al orden cronológico de realización de la entrevista.

Todos los informantes fueron invitados a participar mediante una comunicación electrónica y se les proporcionó información sobre las características de la investigación y confidencialidad de los datos a través de un consentimiento informado, el cual fue firmado previamente a la realización de cada entrevista. El tratamiento y custodia de la información recabada ha seguido las disposiciones éticas y legales según el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) (31).

Rigor: Los criterios de calidad empleados se han centrado en los principios de Guba y Lincoln, 1985 (32): credibilidad (correspondencia de la interpretación con la veracidad de los resultados), confirmabilidad (neutralidad del investigador), transferibilidad (grado en que los resultados pueden ser aplicados a otros contextos) y dependencia o consistencia (estabilidad y replicabilidad de los datos).

Este proyecto ha sido galardonado con una Ayuda a la Investigación para Enfermería de la Fundación SEPAR Respira.

RESULTADOS

Muestra

Los datos socio-demográficos de la muestra se encuentran recogidos en la siguiente tabla:

Muestra	12
Mujeres	8
Hombres	4
Edad media de la muestra	49 años
Antigüedad laboral media de la muestra	16 años
Profesionales de la muestra que participan en sociedades científicas	7

Tabla 1. Perfil de género, edad, antigüedad laboral y participación en sociedades científicas de la muestra.
Fuente: Elaboración propia.

Proceso analítico

CODIFICACIÓN	Se recogen todas las entrevistas de forma independiente.
	“Codificando abierta”: A) Recogida de lenguaje, terminología y metalenguaje empleados (canalización de lenguaje usado). B) Creación de unidades de significado o análisis por contenido.
	“¿Qué aspectos consideras más particulares de la enfermería respiratoria?”, “¿Qué piensas sobre las especialidades de enfermería?”, así como preguntas cerradas para conocer la edad, género, antigüedad profesional, lugar de trabajo y participación en una sociedad científica de neumología y cirugía torácica.
	Codificación de Van Manen: tiempo, espacio, relación y corporeidad.
	“Identificación Códigos”: elaborar un cifrado por contenidos a través de palabras claves, alcance teórico o familiaridad analítica.
	“Construcción de categorías”: englobando códigos y agrupando significados compartidos en relación a momento del proceso.
INTERPRETATIVO	Clasificación de categorías principales y subcategorías: se verificaron las transformaciones lingüísticas mediante una reducción eidética (y una reducción heurística de los significados)
	Construcción de una estructura “integral” con los resultados principales comunes.
	Interpretación colectiva de los discursos. Transferencia de los hallazgos a un nuevo texto.

Tabla 2. Metodología del proceso analítico. Fuente: Elaboración propia.

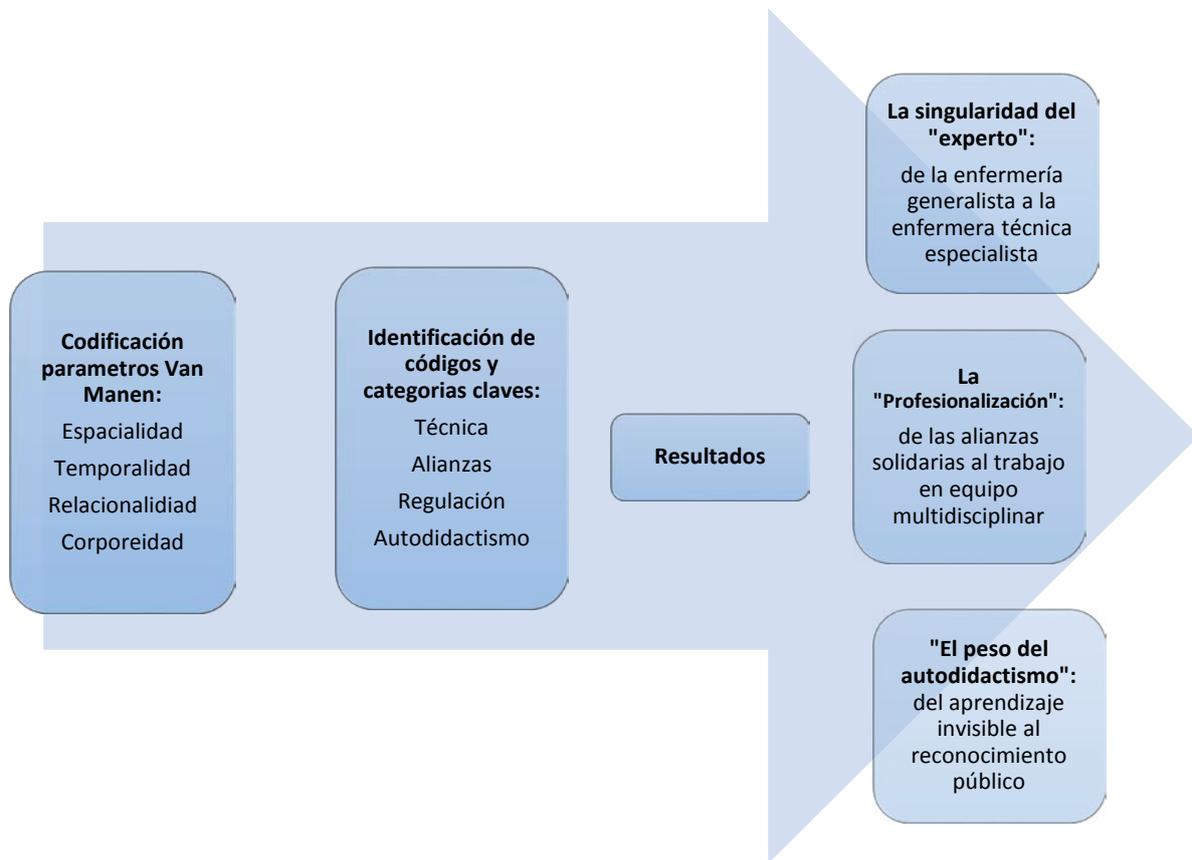


Figura 1. Proceso de análisis de datos y resultados. Fuente: Elaboración propia.

Construcción identitaria de la enfermería respiratoria

Para conocer la construcción identitaria de la enfermería respiratoria y el posicionamiento de los profesionales en torno a la existencia de una especialidad propia, es necesario comprender en primera instancia: cómo viven, experimentan y entienden los propios profesionales su práctica enfermera, para luego identificar cómo valoran, definen y simbolizan la necesidad o no, de la creación de una especialización en su ámbito.

Por ello se ha indagado en las experiencias vividas del colectivo de enfermería respiratoria desde la fenomenología hermenéutica. Además la fenomenología de Van Manen proporciona herramientas

y procedimientos útiles para ordenar la realidad vivida por las personas informantes. Preguntar por la experiencia vivida, teniendo en cuenta las variables tiempo, espacio, relaciones sociales y corporeidad; ha permitido encontrar códigos claves como: la técnica, las alianzas, el autodidactismo y la regulación de la práctica enfermera y, cuestiones principales como: (a) la existencia de una brecha temporal a la hora de entender la identidad de la enfermería respiratoria desde el presente y proyectarlo en el futuro, (b) la identificación de funciones, competencias e incluso relaciones muy diferentes dentro de la práctica de esta profesión dependiendo de dónde se desarrolla (consulta, planta, quirófano) y (c) la existencia de discursos divergentes en relación a la especialidad entre informantes que participan o no de agrupaciones como las sociedades científicas.

Este proceso de análisis nos condujo a estructurar los resultados del estudio en tres categorías temáticas (**Figura 2**):

a) La singularidad del “experto”: de la enfermería generalista a la enfermería técnica especialista.

b) La “profesionalización”: de las alianzas solidarias al trabajo en equipo multidisciplinar.

c) “El peso del autodidactismo”: del aprendizaje invisible al reconocimiento público.

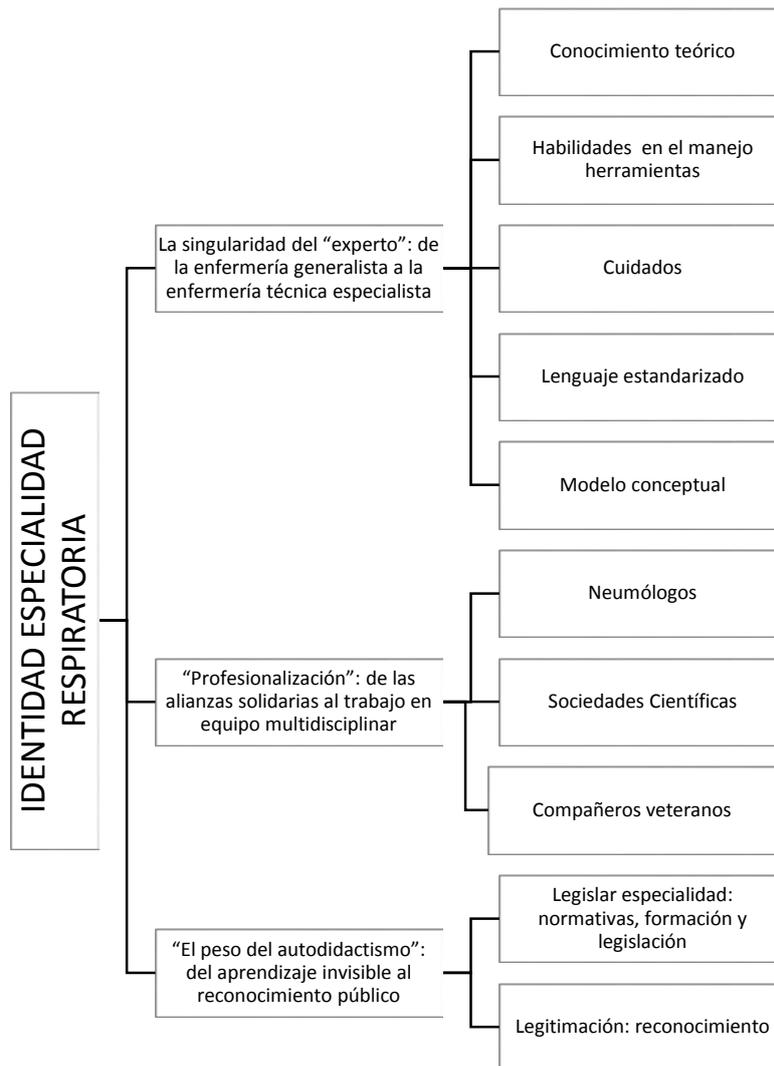


Figura 2. Resultados. Fuente: Elaboración propia.

a) La singularidad del “experto”: de la enfermería generalista a la enfermería técnica especialista.

La particularidad identitaria en el presente de la enfermería respiratoria frente a otras prácticas enfermeras emerge cuando, a las funciones generalistas, se suman conocimientos teóricos sobre anatomía y fisiología del pulmón, habilidades en el

manejo de las herramientas técnicas específicas a cada patrón de patología respiratoria y saberes concretos de evaluación e interpretación para garantizar la dispensación de los mejores cuidados a los pacientes respiratorios.

E2: “La enfermería respiratoria es la enfermería que se encarga de todos los problemas relacionados con el pulmón.”

E10: "Convive muy bien lo que serían cuidados de enfermería, con conocimientos médicos, conocimiento de técnicas y conocimiento de tratamiento... Conocimiento muy específico, muy complejo e interrelacionado..."

NE8: "La enfermera de respiratorio es una enfermera que maneja muy bien todo el tema del oxígeno, de la terapia inhalada, todas esas cosas. Que es algo muy específico y que no siempre se conoce."

Completando los conocimientos teóricos propios, el colectivo de enfermería identifica el lenguaje estandarizado y los modelos conceptuales/modelos de trabajo como los andamios que, sumados al aprendizaje teórico del pulmón y técnico en el manejo de los instrumentos, construirán una mejor comunicación entre los profesionales, una mayor calidad de la atención y una identidad especializada en respiratorio.

E5: "Tiene que haber un tercer nivel, que sería la especializada en neumología, en respiratorio, que es la que ya marca pautas de cómo llevar adelante las cosas, marca trayectorias, guías clínicas, habla de la taxonomía, monta educación, hace investigación y además se proyecta en foros multidisciplinarios."

La población entrevistada identifica los lenguajes estandarizados en el imaginario de futuro de la enfermería respiratoria y los señalan como un instrumento de trabajo útil para mejorar la calidad de la atención, reducir el riesgo de errores y facilitar la comunicación con otros compañeros. Sin embargo, aunque los lenguajes estandarizados se emplean en el presente, aún no están interiorizados y normalizados como parte del trabajo de la enfermería respiratoria.

E2: "Los estudié en la carrera y nunca más los volví a utilizar, hasta que entró la historia clínica elec-

trónica. Y entonces cuando esto de las historias electrónicas en mi hospital era obligatorio utilizarlos para nuestros planes de cuidados."

NE9: "Aquí la gente está muy reacia y muy atemorizada con la implantación."

E4: "Mejoraría la calidad de la atención."

Algo similar sucede con los modelos conceptuales. En el presente existe desconocimiento e incluso confusión por parte de la enfermería respiratoria en cuanto a qué son los modelos conceptuales de enfermería, pero para el futuro, el colectivo de enfermería valora estos modelos como una herramienta útil para dispensar cuidados de una forma más sistematizada, evaluar al paciente empleando un método y resumir su estado de salud cara a la construcción de la especialidad.

E2: "Es una buena manera de que no te olvides nada."

NE9: "Es una forma así como de resumir al paciente y que engloba todo."

b) La "profesionalización": de las alianzas solidarias al trabajo en equipo multidisciplinar.

Las relaciones sociales con otros profesionales, enfermeros veteranos y neumólogos, en el lugar de trabajo y en espacios como las sociedades científicas son una pieza clave en la actualidad para la adquisición de los conocimientos teóricos y prácticos, así como para ubicar al profesional en el ámbito laboral. Estos agentes sociales cubren de forma solidaria y altruista la carencia formativa existente de la enfermería respiratoria, tanto en el marco hospitalario como universitario.

Neumólogos	Compañeros veteranos
<p><i>NE7: "Tu primer cliente es el médico y tu cliente diferido es el paciente... el neumólogo que no quiere colaborar con la enfermera no va a colaborar... porque no cree en las consultas de enfermería, porque son efímeras, son muy puntuales y de lo que vienen son de motivaciones personales."</i></p> <p><i>E4: "Pues son muy docentes, quieren hacer las cosas bien, entonces ellos mismos para poder hacer las cosas bien tienen que enseñar a la persona que está con ellos para poder hacer las cosas bien."</i></p>	<p><i>E5: "La enfermería somos docentes de tus compañeros. A mí me formaron en parte mis compañeras anteriores y me deformaron también. Y yo he formado y deformado a los que he enseñado cosas."</i></p> <p><i>NE11: "Pues la enfermera que estaba allí era una enfermera estupenda, que yo creo que fue la que me influyó a mí en pedir "neumo" y explicaba mucho, estaba mucho con los alumnos."</i></p>

Tabla 3. Alianzas solidarias en la profesionalización de la enfermería respiratoria.

Fuente: Elaboración propia.

Las alianzas solidarias y las sociedades científicas están actuando como trampolín hacia la especialidad y conformando una misma mirada identitaria dentro del mundo multidisciplinar respiratorio.

En las sociedades científicas los profesionales que trabajan en el área de neumología comparten experiencias, saberes, intereses y actividades con distintos miembros del equipo multidisciplinar. Las relaciones establecidas en el contexto de las sociedades científicas son fundamentales a día de hoy para afianzar la conciencia e identidad de grupo, pues actúan como puentes entre las barreras y demandas actuales de la profesión, son espacios de encuentro que motivan a la reflexión, un punto fundamental de inflexión al cambio y un elemento propulsor de un cierto empoderamiento. Entendiendo por empoderamiento el proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, la confianza, la visión y el protagonismo como grupo social para impulsar cambios positivos dentro de la situación que viven.

Además, las sociedades científicas son un espacio de seguridad y punto de encuentro donde un grupo reducido de personas interesadas por una misma temática se reúnen para compartir principios, reforzar creencias, organizar formaciones, tomar decisiones de forma democrática sobre determinadas temáticas, teorías, técnica y contenidos que les interesa.

E1: "Es referencia... yo creo que han apoyado (las sociedades científicas) muchísimo."

E10: "Claramente hay un agujero ahí muy importante. Yo creo que sí, que nos ha restado (no tener formación específica) y es otra área que hay que meterle esfuerzo político, pero ahí hay que ser serios, porque yo creo que son dos estrategias diferentes: una es lo que sería las sociedades científicas, los grupos consolidados de enfermería ya especializados que luchan por eso... pero por otro lado hay que hacer que gente joven venga apretando porque harán de soporte."

E5: "(La sociedad científica) sí que ha conseguido que se unifiquen estas cosas, que las enfermeras no hablen de "la señorita", o "del señorito", me da igual, sino que hablen del profesional que tiene un conocimiento y un prestigio y eso es una reivindicación que hemos hecho y que estamos consiguiendo..."

E2: "Pues yo creo que en los puntos fuertes es que estamos muy motivados y que trabajamos bien en equipo (...) porque quedamos de diferentes sitios y logramos quedar, reunirnos, sacar proyectos adelante, sacar mejoras, cursos... a lo mejor, lo que

mejoría sería la difusión. Igual que he comentado con SEPAR, llegar a más grupos (...) Es que nos volvamos más especialistas."

c) "El peso del autodidactismo": del aprendizaje invisible al reconocimiento público.

El autodidactismo y el esfuerzo individual por buscar recursos han sido identificados como las alternativas para capacitar y adquirir destrezas específicas para ejercer la profesión. En ese proceso de autoformación el colectivo de enfermería: (a) adquiere un aprendizaje de funciones, conocimientos específicos y habilidades para el ejercicio de su profesión, (b) desarrolla un mecanismo de autoreconstrucción del rol de enfermería e (c) inicia la lucha y defensa para la creación y desarrollo de una identidad colectiva particular en enfermería respiratoria.

E3: "Nadie se sentó conmigo, me explicaron un poco cómo era el aparato de hacer espiros y ya está y punto...fue a base de leer y de formación y de ver lo que hacía la gente" (...) por internet... es que es la única manera que hay."

E10: "Esto es formación autodidacta."

E2: "Por mi voluntad propia en mi tiempo libre empecé a ir al laboratorio de pulmonar a formarme en espiromerías, porque me parecía muy curioso que los pacientes me vinieran con ese tipo de pruebas y yo no entender qué significaban. Entonces en mi tiempo libre iba a aprender al laboratorio de pruebas funcionales porque el servicio me dejó."

El futuro que imaginan los profesionales para la enfermería respiratoria es la visibilización de su profesión por medio del logro de la especialidad.

E3: "A mí me gustaría que estuviera más potenciada, que hubiera la especialidad, que se enseñara verdaderamente lo que hacemos y que no solamente el neumólogo es lo importante. Tenemos un papel, ¿no? Yo creo que tenemos muchas veces el papel de apoyar al enfermo."

No tanto entendida la especialidad de enfermería respiratoria como la conformación fuerte de una identidad compartida, sino como la configuración de una estructura educativa reglada, normalizada y legalizada que ampare y proteja a la enfermería respiratoria, pues es el único modo para conseguir un status reconocido social, económica y normativamente, el cual se materializaría con los siguientes logros:

- Un marco legal-normativo que regule la especialidad al amparo de protección, derechos y deberes, como sucede con otras especialidades.

Aprobar la especialidad garantizaría: (a) la existencia de una definición clara y unánime del campo de actuación, (b) una delimitación de competencias propias de la enfermería respiratoria tanto con otras especialidades como dentro del mismo campo entre cirugía de tórax y la rama de neumología, (c) un marco identitario particular frente a otras especialidades, (d) romper con el silencio que rodea a la disciplina, facilitando el respeto y el reconocimiento y (e) dar voz a la experiencia vivida por el colectivo que lo desarrolla.

E5: "Hoy por hoy la enfermería es un cajón de sastre en el que cogemos cualquier cosa, a cualquiera, y no nos preocupamos ni siquiera nosotros; ahí el enemigo está en casa."

E4: "Veo una enfermería independiente."

- Reconocimiento institucional de la profesión.

El papel jugado por la dirección, las políticas de gestión y los supervisores influyen en la construcción de la identidad y en la conformación de una especialidad dentro del campo de la enfermería respiratoria.

E3: "No es requisito para acceder al puesto de trabajo. Las direcciones y las gestiones prefieren profesionales comodines que puedan ajustar al personal enfermero según la demanda y no proporcionar (...) una calidad especializada."

NE11: "Es que los supervisores y la gente tiene la idea de que todos valemos para todo, pero no es real (...) porque a mí me ponen en onco y yo no tengo ni idea."

E5: "Cuando yo tengo unas personas formadas, que se ha dedicado durante dos o tres años, que ha hecho un master o no, o que ha estudiado o no, o que su conocimiento ha llegado a ser grande en una materia, yo lo que te tengo que hacer, entre comillas, es explotarla en esa materia."

-Una formación institucional reglada, continuada y avalada por unos estándares reconocidos laboral, académica y legislativamente.

Esta educación contemplaría una formación teórica y práctica, con periodos rotativos en distintos contextos de la enfermería respiratoria y la cirugía torácica, aprendiendo las distintas técnicas y cuidados neumológicos. Formación en conocimientos avanzados, en modelos de trabajo, lenguaje enfermero estandarizado y en técnicas específicas y especializadas.

E10: "Yo creo que tenía que hacer una apuesta clara a las escuelas, las universidades, nuestras escuelas de enfermería y decir: chicos, la enfermería

respiratoria es un área que está en desarrollo, y estar en desarrollo es que va a crecer y si crece hay oportunidades de hacer cosas (...) Hay que buscar la especialización".

NE9: "Algo bastante patético, me refiero porque si tú vas a un sitio, sobre todo un sitio que tiene unas peculiaridades lo suyo es que te dieran una documentación, te dieran formación, te dieran algo. Y no, aquí es el teléfono escacharrado."

Dentro del colectivo de enfermería existe un consenso a la hora de describir las características que debería tener la formación específica para los enfermeros especialistas en enfermería respiratoria, con una formación post-grado de uno o dos años de duración. Esta formación se encontraría dentro del marco legal académico y debería estar centrada tanto en contenido teórico como en conocimiento técnico, en el propio espacio de intervención.

E10: "Entre unos nueve meses podía hacer esa revisión global y esos nueve meses sería el aprendizaje básico de manejo de todos los componentes de lo que sería un servicio de respiratorio completo. Y a partir de ahí, yo creo que para llegar a ser un especialista en neumología yo creo que hay que ir a los 2-3 años... un rotatorio médico-quirúrgico."

E4: "Yo diría que dos años para tener a una persona bien formada porque con un año no. Lo primero que hay que hacer es el contenido base sobre las enfermedades respiratorias... sobre sus tratamientos y sobre todo sobre los cuidados que necesitan esos pacientes por parte de la enfermera. Es que para cuidar necesitas saber todo lo anterior. Necesitas tres meses de formación para poder desempeñar ese puesto de trabajo, por muy inteligente y capaz que seas."

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la demanda de una especialidad por parte de la enfermería respiratoria, así como su forma de entender, practicar y vivir la enfermería respiratoria. Estos resultados evidencian, como generalmente ha sucedido en el nacimiento de las especialidades, la necesidad emergente de una especialidad desde la propia práctica diaria de la profesión.

Esta demanda se ha dejado ver en este estudio en tres cuestiones: a) En la forma de entender la identidad profesional de la enfermería respiratoria como un conjunto de sentimientos, valores, creencias, estrategia de supervivencia (alianza, afinidad...) e interacciones sociales que se van haciendo

en el terrero y que guían las acciones de los enfermeros en su práctica cotidiana; b) En el modo en que el colectivo de enfermería respiratoria inserta dentro de las señas de identidad factores inherentes a una especialidad como son: la posesión de una titulación, una regulación, unos conocimientos y unas funciones sociales propias (33); y c) En la forma de ejercer la profesión de un modo totalmente autónomo, frente a otros estudios que ponen de manifiesto la falta de autonomía en la praxis enfermera cotidiana (34). Esta independencia de actuación presentada por nuestros informantes pone en valor el grado de conocimiento óptimo y profesionalizado que posee la enfermería respiratoria, la cual garantiza y asienta la idea de poder tener un campo de saber propio. Poseer un campo de conocimiento específico de la enfermería respiratoria ayudaría a romper con la invisibilidad de estos profesionales en los equipos y estudios multidisciplinarios y con la dificultad de localizar fuentes bibliográficas relacionadas con esta área de saber (35). Además, la brecha temporal que hemos encontrado a la hora de entender la identidad de la enfermería respiratoria entre el presente y la proyección futura permite visualizar el momento de cambio, efervescencia y dinamismo que está viviendo hoy este campo.

La diferencia principal entre la enfermería respiratoria y las especialidades legitimadas se encuentra en la socialización de los profesionales (36). El colectivo de enfermería respiratoria, lejos de adquirir los conocimientos, los valores, las actitudes y la cultura de la profesión en el ámbito académico, se va construyendo en la propia experimentación de la práctica clínica. De este modo los profesionales tienen un currículum oficial como enfermeros y un currículum oculto (37), auto-adquirido como enfermero respiratorio que no está en los libros ni se encuentra reconocido oficialmente. Este aspecto refuerza la invisibilidad y el sentimiento de infra-reconocimiento social que viven estos profesionales. Algunas publicaciones sugieren como la invisibilidad del colectivo enfermero puede estar relacionada con la falta de empleo de herramientas como los lenguajes estandarizados, los modelos conceptuales y los planes estandarizados de cuidados (38). Situación que afortunadamente está cambiando al irse incrementando paulatinamente el interés por formarse en los lenguajes enfermeros estandarizados y la metodología enfermera, si bien queda un gran reto por delante (39).

Para estructurar el camino de la especialidad es imprescindible formalizar programas docentes, po-

tenciar el reconocimiento social de esta disciplina y un respaldo normativo y legislativo. Diferentes fuentes bibliográficas avalan la necesidad de contar con un marco de referencia en materia de formación, no solo para que los estudiantes alcancen las competencias necesarias para desempeñarse con excelencia según las exigencias del medio (40) sino para establecer e instaurar unos cánones comunes a impartir y regularizar la materia. La escasa formación específica actual sobre cuidados respiratorios técnicos está íntimamente relacionada con la poca producción científica y la invisibilidad de la enfermería respiratoria (41). A mayor especialización, mejor preparación holística asistencial y teórica, y por tanto mejor calidad en los cuidados (42). La especialidad junto al desarrollo y al avance se convierte en la mejor forma de implantar un modelo de trabajo avalado en la práctica avanzada. Entendiendo esta práctica como un medio que ayuda a crecer a la profesión, tanto para el desarrollo de un conocimiento enfermero, como para la mejora de la calidad asistencial. Sin embargo, aunque existen evidencias de un interés creciente, la figura del rol avanzado en enfermería es aún incipiente en el Estado Español (43).

Hoy en día las sociedades científicas están jugando un papel fundamental en la construcción identitaria de la enfermería respiratoria. Son una parte esencial del capital social y participan en la formación y socialización de los profesionales, acordes a las necesidades y demandas de sus miembros (44). En nuestro estudio se vislumbra un fenómeno de empoderamiento de los profesionales de enfermería respiratoria que participan en el ámbito de las sociedades científicas, pues en su seno se construye la identidad, experiencia y sentimiento de ser enfermero respiratorio y se establecen los procedimientos que les permitan liderar el proceso de evaluación, eventual re-acreditación y reconocimiento de este liderazgo por parte de la administración (45,46).

En definitiva, el colectivo demanda el reconocimiento regulado, normativo y formal de la enfermería respiratoria para conseguir el salto definitivo del estadio técnico a la especialidad. Este reconocimiento solo será posible cuando se logre legitimar esta figura, aspecto que sucederá cuando se produzcan y reconozcan unos conocimientos propios, referencias y fuentes bibliográficas que los avalen, así como una imagen social clara y definida de la enfermería respiratoria.

Como conclusión podemos afirmar que los profesionales de enfermería respiratoria viven su profesión como un campo complejo que requiere de una actualización continua de carácter técnico para ejer-

cer la práctica clínica. En el camino hacia una identidad propia, la adquisición de conocimientos específicos de forma autodidacta, la motivación personal y el establecimiento de alianzas solidarias y altruistas con compañeros de trabajo son las estrategias y los recursos actuales que ayudan a los enfermeros del ámbito de la neumología a considerarse enfermeros respiratorios y a ejercer su profesión. Estas estrategias adaptativas muestran y /o evidencian la carencia de un marco identitario fuerte en la enfermería respiratoria y ponen de manifiesto la existencia de una lucha significativa a nivel personal y profesional por conseguir unos valores identitarios propios de especialidad.

El colectivo de enfermería respiratoria identifica tres categorías temáticas claves en la construcción de su identidad que conducen a la transición de una identidad especializada: La singularidad del "experto", siendo el dominio de la técnica el elemento que permitirá la evolución de la enfermería generalista a la enfermería técnica especializada en respiratorio. La "profesionalización" de la enfermería respiratoria, fundamentando el ejercicio de la profesión como miembros de un equipo multidisciplinar y dejando atrás las alianzas solidarias. Y la transición del "autodidactismo" a la legitimación de un marco legal reglado que facilite y regule una formación específica y una normativa reguladora que delimite competencias para dotar de respeto y reconocimiento social a la enfermería respiratoria.

Las dos grandes limitaciones a las que se ha enfrentado este estudio han sido la selección de la muestra y la falta de literatura específica sobre la temática de estudio. La elección y el tamaño de la muestra se han guiado principalmente por el principio de saturación de la información, por lo que su representatividad puede hallarse condicionada por el muestreo de conveniencia no aleatorio, si bien es necesario reseñar que las características de los informantes entrevistados en este proyecto siguen los criterios de investigaciones realizadas con anterioridad entre el colectivo de la enfermería respiratoria en cuanto a media de edad, antigüedad profesional y grado de asociacionismo científico (33). En este sentido, es importante señalar como la propia técnica de reclutamiento de la muestra puede estar sesgada al haber vinculaciones personales entre los informantes. La ausencia de bibliografía sobre la temática abordada y sobre el cuerpo de conocimientos de la enfermería respiratoria ha dificultado que los resultados de esta investigación puedan ser cotejados con otros proyectos versados sobre la enfermería respiratoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zamorano Pavón IC. Identidad profesional en enfermería: un reto personal y profesional. *Invest Educ Enferm*. 2008; 26(Supl.2): 168-71.
2. Arreciado Marañón A. Identidad profesional enfermera: construcción y desarrollo en las estudiantes durante su formación universitaria. [Tesis Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras]. Barcelona: Universitat de Barcelona. Escola Universitària d'infermeria; 2013.
3. Miró-Bonet M, Gastaldo D, Gallego-Caminero G. ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enferm Clin*. 2008; 18(1):26-34.
4. Albar MJ, Sivianes-Fernández M. Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado de grado. *Enferm Clin*. 2016; 26(3):194-98.
5. Calvo Calvo M. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index Enferm*. 2011; 20(3).
6. Fagermoen MS. Professional identity: Values embedded in meaningful nursing practice. *J Adv Nurs*. 1997; 25(3):434-41.
7. SEPAR. El Libro Blanco. La neumología en España. Barcelona: Respira Fundación Española del Pulmón SEPAR; 2015.
8. Villena V, Álvarez Sala JL. Horizontes en la neumología española: algunas reflexiones. *Arch Bronconeumol*. 2007; 43(10):573-84.
9. Santos Ruiz S, López Parra M, Varez Peláez S, Abril Sabater D. ¿El ámbito profesional modifica la conceptualización enfermera? Estudio comparativo ente enfermeras del ámbito médico y quirúrgico. *EG. Enfermería global*. 2009;17: 1-15.
10. Calderón Peral ML, Caballero N. Manejo de enfermería en la adaptación del paciente en tratamiento con cpap: Estudio en el área sanitaria de Osuna. *Hygia*. 2016; 92:29-35.
11. Fernández A, Montserrat JM, Badia JR, Pascual-Pape T, Marrades RM, Hernández C, Eugeni Ballester, Fornas C. Resultados de dos programas con intervención domiciliaria dirigidos a pacien-

- tes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica evolucionada. *Med Clin.* 2003.120(11):408-11.
12. Gutiérrez García de Cortazar A, Arriaran Mendialdua I, Martínez de la Hidalga O, Rodríguez Borrajo S. Terapia Inhalada: ¿conoce la enfermera su correcta utilización? *Metas Enferm.* 2008; 11(3):60-4.
 13. Díaz López J, Cremades Romero MJ, Carrión Valero F, Maya Martínez, Fontana Sanchis I, Cuevas Cebrían E. Valoración de manejo de inhaladores por el personal de enfermería en un hospital de referencia. *An Med Interna.* 2018; 25(3):113-16.
 14. Subiela García JA, Abellón Ruiz J, García Guillén MJ, Díaz Martínez AM, Pérez García M^a M. Prescripción electrónica asistida (PEA) y su influencia en la comunicación verbal entre Médicos y Enfermeras en una planta de Medicina Interna, Neumología y Cardiología. *Enferm Glob [Internet].* 2015. [acceso el 20 julio 2018];(38). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/179161>
 15. Goffman E. *Estigma: La identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amourrtu.1963.
 16. Giner Donaire J, Burgos Rincón F, Macián Gisbert V. La enfermería neumológica en nuestro país. *Arch Bronconeumol.* 1996; 32(4): 2.
 17. Real Decreto 450/2005. Sobre especialidades de Enfermería. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 108/2005, de 22 de mayo, de 2005.
 18. Santos S, López M, Várez S, Abril D. Aplicabilidad de modelos y teorías de Enfermería en la realidad asistencial: perspectiva profesional. Resultados primera fase. *Metas.* 2008;11(6):50-7.
 19. Santos S, López M, Várez S, Abril D. Concepto de Enfermería, mirada profesional del metaparadigma. *Temperamentvm [serie en Internet].* Jul 2008 [acceso el 2 agosto 2018];7:[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.indexf.com/temperamentvm/tn7/t6682.php>
 20. Field PA, Morse JM. *Nursing Research: The application of qualitative approaches.* Londres: Croom Helm; 1985.
 21. Zichi Cohen M, Omery A. Escuelas de Fenomenología: implicaciones para la investigación. En: Morse J (editor). *Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa.* Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
 22. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados.* Barcelona: Paídos; 1998.
 23. De la Cuesta Benjumea C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Rev Nure [revista en Internet]* 2006. [acceso el 14 de mayo de 2018]; 25. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/313>
 24. Rocha Moreira RC, Mendonça Lopes RL, Andrade Santos N. Entrevista fenomenológica: peculiaridades para la producción científica en enfermería. *Index Enferm.* 2013; 22(1-2): 107-10.
 25. Brewer JD. *Ethnography.* Philadelphia: Buckingham Open University Press; 2010.
 26. Oiler CJ. Phenomenology: The method. En: *Nursing Research: a qualitative perspective* Appleton-Centry-Crofts: Norwalk Connecticut; 1986: 69-84.
 27. Valles Martínez MS. *Técnicas cualitativas de investigación social.* Madrid: Síntesis; 2003.
 28. Van Manen M. *Phenomenology of Practice.* USA: Left Coast Press; 2014.
 29. Van Manen M. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy.* Albany, NY: State University of New York Press. 1990.
 30. Van Manen M. From meaning to method. *Qual Health Res.* 1997; 7:345-69.
 31. Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 31 de julio 2018.
 32. Guba E, Lincoln Y. *Naturalistic inquiry.* New Cork: Sage; 1985.
 33. Arranz Alonso S. Modelos conceptuales, metodología, lenguaje estandarizado y su relación con el asociacionismo científico en enfermería. [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2015.
 34. Rodero V, Vives C. ¿Cuál es la imagen de la enfermera? *Notas de Enfermería*, 1991; 1: 63-9.
 35. Macián Gisbert V, Sánchez Gómez E. Publicaciones de enfermería y fisioterapia respiratoria. *Arch Bronconeumol.* 2011;47 (Supl.1):16-8.

36. Shinyashiki GT, Mendes IAC, Trevizan MA, Day R. Socialización profesional: estudiantes volviéndose enfermeros. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006; 14 (4).
37. Guerrero A. Manual de sociología de la educación. Madrid: Síntesis; 1996.
38. Moreno Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Habana. *Aquichan*. 2005; 5(1): 44-55.
39. Hueso Navarro F. Factores de desarrollo en la enfermería comunitaria española en los últimos 25 años. [Tesis]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Fisiótica y Enfermería; 2015.
40. Chinerr Vives E, de Lucas Ramos P. Controversias de la formación en neumología. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45 (3): 1-2.
41. Díaz Lobato S, Mayorlas Alises S. Reflexiones para la organización y desarrollo de una unidad de ventilación mecánica no invasiva y domiciliaria. *Arch Bronconeumol*. 2005; 41(10): 579-83.
42. Albertos Martínez S. La investigación en las especialidades de enfermería. *Rev Nure* [revista en Internet] 2004 [acceso el 14 de mayo de 2018]; 11. Disponible en <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/212>
43. Oroviogicoechea C. Implantación de perfiles de práctica avanzada: retos y oportunidades en nuestro contexto. *Rev Nure*. [revista en Internet] 2014 [acceso el 14 de mayo de 2018]; 70. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/52>
44. Siles González J. Historia de la enfermería comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Invest Educ Enferm*. 1999: 24-31.
45. Arratia Figueroa A. Investigación y documentación histórica en enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 14(4): 567-74.
46. Miravilles M, Rodríguez de Castro F, Álvarez-Salla JL. Neumólogos ¿a dónde vamos, de dónde venimos? *Arch Bronconeumol*. 2002; 38: 4-5.

AGRADECIMIENTOS

A la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) por su premio a la investigación para enfermería.