

Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero

JOSÉ CARLOS BELLIDO VALLEJO.

Enfermero. Supervisor Unidad de Formación, Investigación y Calidad del Complejo Hospitalario de Jaén.

RESUMEN

La necesidad de encontrar herramientas que ayuden a conseguir que el Proceso Enfermero sea operativo en la clínica, es además de un deseo una necesidad si queremos conseguir que obtenga un desarrollo y crecimiento saludable.

Recientemente se han desarrollado en Toledo las V Jornadas de Trabajo de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE), donde se ha profundizado sobre el modelo "Análisis de Resultado del Estado Actual" (AREA) y el razonamiento clínico.

Los objetivos de este trabajo se centran en transmitir el contenido de las V Jornadas de Trabajo AENTDE bajo la estructura del Proceso enfermero. Se utiliza la documentación de las Jornadas, las notas extraídas tanto de las exposiciones de los ponentes como de los asistentes, las impresiones personales y otra documentación relacionada directamente con el modelo AREA.

Bajo las principales fases del Proceso Enfermero (Valoración, Diagnósticos / Problemas, Especificación de Resultados, Selección de Intervenciones y Evaluación) se articulan todos los datos y contenidos recogidos en las V Jornadas AENTDE, que dan sustento o pueden servir de ayuda en cada una de las fases.

El modelo AREA es un interesante instrumento que una vez conocido merece la pena ponerlo a prueba; puede ser de utilidad a la hora de resolver ciertas cuestiones que nos plantea el proceso enfermero en la realidad clínica, al tiempo que hacemos más tácito nuestro razonamiento clínico, de manera que seamos conscientes de nuestras propias reflexiones y juicios cuando interactuamos con nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE

Proceso Enfermero, Modelo AREA, Metodología de Cuidados, Razonamiento Clínico.

INTRODUCCIÓN

Fruto del trabajo sostenido de muchos profesionales, en el interés de dimensionar la profesión a sus legítimos espacios, viene aconteciendo en los últimos tiempos, un importante desarrollo profesional de la enfermería.

Tanto a nivel internacional como a nivel nacional han ocurrido sucesos que sitúan a las enfermeras en una posición muy favorable para impulsar un desarrollo acorde con sus aspiraciones profesionales. La aparición y desarrollo de diversos lenguajes estandarizados suponen un importante paso en el entendimiento y en la unificación del trabajo enfermero. El sustento legal que en nuestro país (España) se ha producido con el Real Decreto que regula la Organización Colegial y la Actividad Profesional de Enfermería¹, la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias² y el Real Decreto sobre Especialidades³, marca un antes y un después para nuestra profesión.

Esta situación asocia un importante esfuerzo en los profesionales a la hora de adecuar los sistemas establecidos a las nuevas exigencias y expectativas. Así en los últimos tiempos los profesionales están incorporando herramientas y sistemas de trabajo que le faciliten llevar el marco teórico a la realidad clínica, cosa que ni es fácil ni siempre sucede al ritmo deseado. En este sentido la adopción e incorporación de lenguajes estandarizados, especialmente la Clasificación Diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁴, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)⁵ y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)⁶ han supuesto una auténtica revolución y han revitalizado el desarrollo del proceso enfermero en la práctica clínica, al tiempo que existen otras herramientas que han de ser tenidas en cuenta, como es el Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA)⁷⁻⁸, pues a medida que avanzamos en el desarrollo profesional encontramos nuevas áreas de mejora que requieren instrumentos que puedan favorecer el progreso en esas áreas deficitarias.

El pensamiento clínico enfermero centró sus esfuerzos hasta 1970 en la resolución de problemas, interesaba la respuesta del paciente y su reacción frente a la enfermedad; de aquí hasta 1990 se inicia el proceso diagnóstico y el interés por clasificar el lenguaje, comienza a plantearse la necesidad de especificar los resultados en los pacientes ejecutando intervenciones que permitan o ayuden a conseguirlos, a partir de aquí no tienen tanta importancia los problemas y cobran mayor entidad los resultados en los pacientes (grupos relacionados de diagnósticos, respuesta rápida, altas tempranas...); las clasifi-

caciones enfermeras NANDA-NOC-NIC (NNN)⁴⁻⁶ adquieren un notable desarrollo permitiendo que el proceso enfermero pueda disponer de instrumentos estandarizados y mundialmente reconocidos para llevarlo eficientemente al terreno clínico⁷.

Siguiendo en esta línea cobra gran interés el razonamiento clínico y el trabajo intelectual que las enfermeras requieren realizar tanto en su trabajo con los pacientes como en su formación⁸⁻¹⁰. La disciplina enfermera en la individualización de los cuidados requiere de un trabajo intelectual, el razonamiento es un hecho intrínseco a la toma de decisiones, todos los profesionales realizan razonamientos sobre sus pacientes, permanentemente están tomando decisiones que se apoyan en razonamientos, sólo que en ocasiones necesitan pensar y argumentar de una manera más consciente y sistemática.

Recientemente en las V Jornadas de Trabajo de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE), organizadas conjuntamente con la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Castilla-La Mancha, realizadas en Toledo y conducidas por el Profesor Daniel Pesut (Indiana University. School of Nursing) y la Profesora Carme Espinosa i Fresnedo (Escola d'Infermeria. Universidad d'Andorra); bajo el lema "Razonamiento Clínico: arte y ciencia; ¿Qué hacer cuando nos salen demasiados diagnósticos?"; hemos podido aproximarnos y conocer de primera mano una de estas herramientas que pueden ser de suma utilidad: el Modelo AREA.

El modelo AREA establece una estructura para el razonamiento clínico que incluye los problemas centrándolos en los resultados esperados en la práctica enfermera⁷⁻⁹, puede ser de suma utilidad para resolver algunos problemas que se nos plantean en la clínica a la hora de aplicar el proceso enfermero; así como para aflorar el razonamiento clínico de las enfermeras, algo que inmerso en las actuaciones con sus pacientes, no siempre somos capaces de hacerlo explícito. Este modelo proporciona una estructura para el trabajo intelectual (Gráfico 1), quedan sus puntos fuertes representados en el Cuadro 1, definiendo el razonamiento clínico como "Procesos de pensamiento reflexivo, concurrente, creativo, crítico, sistemático y complejo inherentes a la práctica; utilizados para enmarcar, yuxtaponer, probar y emitir juicios sobre la transición desde el estado actual hacia los objetivos del resultado esperado"¹¹.

No podemos perder de vista que el proceso enfermero es el eje fundamental de nuestra actuación profesional y el soporte metodológico para la planificación de los cuidados. Trataremos,

por tanto, además de exponer los conocimientos adquiridos en las V Jornadas de Trabajo AENTDE, profundizar en el conocimiento el modelo de razonamiento clínico AREA y organizar los contenidos, bajo la estructura del Proceso Enfermero.

Se utiliza como base de esta publicación el contenido de dicha jornada de trabajo; la documentación de apoyo entregada por la organización, las notas de campo tomadas de las explicaciones que a lo largo de la jornada fueron vertiendo los dos ponentes así como de los comentarios de los asistentes, las impresiones personales que de ella me quedaron, además de otra documentación complementaria relacionada directamente con el modelo AREA y el razonamiento clínico.

CONJUNCIÓN MODELO AREA Y PROCESO ENFERMERO⁷⁻¹²

VALORACIÓN

La valoración constituye una parte fundamental del proceso enfermero. Es la primera aproximación que la enfermera realiza al paciente / familia y constituye la base para la planificación de cuidados. De la información obtenida en la valoración se derivaran importantes consecuencias para los cuidados del paciente y son varios los aspectos considerados como relevantes en el Modelo AREA:

- **El lenguaje y el vocabulario clínico.**

El lenguaje propio de cada disciplina está íntimamente ligado con la manera de entender al paciente, por lo que tener dominio del mismo es totalmente obligado.

El lenguaje y el vocabulario clínico adquieren, para las enfermeras, especial importancia en la fase de valoración dado que con él vamos a recabar la información, planificar los cuidados y transmitir la situación del paciente. El realizar una valoración estructurada por Necesidades Básicas o Patrones Funcionales, centrarse en las respuestas humanas que presenta el paciente o utilizar las Clasificaciones NNN, supone utilizar un determinado lenguaje a la hora de representar el trabajo enfermero.

Se hace necesario un conocimiento y dominio del lenguaje para poder realizar una utilización provechosa a favor del paciente, los profesionales tienen que ser conscientes del lenguaje que les es útil y cual resulta imprescindible atendiendo a su contexto de cuidados.

- **El marco.**

Los profesionales cuando abordamos a un paciente tendemos a verlo de una determinada manera, podríamos decir que lo encuadramos desde un determinado punto de vista a través del cual obtenemos información, centramos nuestro



pensamiento e interactuamos con el paciente.

Este marco o enfoque es un esquema / modelo mental sobre el que construimos nuestro pensamiento, estando asociado a valores, creencias, experiencias, sucesos, significados o cuestiones que para nosotros tienen valor y a través del cual organizamos nuestras preguntas, es nuestra manera de pensar y de hacer ante el paciente. Dada la importancia que esto tiene para el paciente y sus cuidados, es necesario que los profesionales tengan una idea clara de cuál es el marco que utilizan con sus pacientes.

Los modelos de enfermería son marcos a través de los cuales los profesionales ven al paciente de una manera concreta, toman decisiones y organizan la actuación; así por ejemplo, cuando abordamos a un paciente bajo el modelo de Virginia Henderson, estamos enmarcando la situación desde el punto de vista de las catorce necesidades humanas, valorando la autonomía e independencia que esta persona tiene para satisfacerlas por sí misma.

En este sentido es muy importante tener claro cuál es nuestro marco conceptual, pues a través de él podremos desarrollar el conocimiento y sabremos cuáles son los límites de nuestra práctica clínica.

- **La historia del paciente.**

La historia del paciente y cómo la cuenta, es la base, el hilo conductor, que al profesional le permite emitir juicios y tomar decisiones. La valoración, holística y centrada en la historia que explica la persona, ha de recoger tanto las respuestas humanas como los aspectos relacionados con las complicaciones potenciales (CP), teniendo en cuenta que en la recogida de datos los acontecimientos que se van encontrando se han de organizar de manera significativa, intentando relacionar las causas con los efectos.

El profesional que escucha la historia del paciente realiza algo parecido a simulaciones mentales, intentando extraer / averiguar todo lo que es relevante para los cuidados al tiempo que importante para el paciente, realizándose preguntas sobre las consecuencias de la situación, las respuestas humanas que aparecen en la persona, cómo se relacionan unos hechos con otros, en qué sentido un acontecimiento / sentimiento influye en otro y las consecuencias que de ellos se derivan.

DIAGNÓSTICOS / PROBLEMAS

Con todos los elementos que se encuentran en la historia del paciente, una vez organizados y analizados, enmarcada la historia del paciente en su contexto y en el momento actual, el profesional realiza una reflexión de los datos y acontecimientos, preguntándose ¿qué me sugiere la historia cuando la escucho del paciente? o si existen elementos diagnósticos y problemas colaborativos antes de dar paso a la generación de las hipótesis y a la creación de una red lógica de razonamiento.

En muchas ocasiones, la aparición o identificación de un gran número de problemas, crea una situación compleja, difícil si pretendemos abordar y resolver todos a un tiempo. Se hace necesario clarificar / cribar los muchos Diagnósticos Enfermeros (DE) para hacer operativo nuestro trabajo en el terreno clínico y en este sentido tenemos que tener claro cuál es el contexto de cuidados en el que nos encontramos, porque de él dependerá en gran medida el número de DE que podremos abordar. En este sentido el Modelo AREA plantea tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Red de razonamiento.**

Se basa en la representación gráfica de las relaciones que existen entre los diferentes diagnóstico y el elemento central (aquella cuestión que consideremos más oportuna: el paciente, su patología, el diagnóstico médico, la situación de salud...) (Gráfico 2).

Muchos DE se relacionan entre sí, existen conexiones entre ellos, de tal manera que incluso podríamos decir que unos se golpean contra otros. Mediante el razonamiento podremos entender cuáles y cómo son las relaciones que mantienen, lo que implica pensar de forma sistemática y plantearse ciertas cuestiones de cara a poder establecer y buscar la complejidad de dichas relaciones Cuadro 2.

La representación de la situación del paciente mediante un dibujo, es lo que denominamos red lógica. La creación de una red lógica trata de vincular, unir, conectar, crear nexos y enlaces entre la cuestión central (aquel elemento que se sitúa en el centro de la red) y el resto de elementos, en este caso los DE. Estos enlaces o conexiones se representan mediante líneas de conexión, mientras que la dirección de la relación que se establece se representan añadiendo a la línea



puntas de flechas que marcan en qué sentido se entiende la dirección de la relación (Gráfico 3). La dinámica de la red hace necesario que todos los DE presenten relaciones; el no existir algún tipo de relación con el elemento central y con los demás DE sugiere que no se halla planteado correctamente la situación.

Las redes de razonamiento ayudan a ver claramente cuál es el concepto del cuidar. En las líneas de interconexión que se establecen hay que pensar en todas las dimensiones de la persona a la vez (físico-psicológico-emocional-familiar-social), a través de ellas podemos evidenciar aquellas cosas que no hacemos de manera consciente. Cuando además la reflexión se realiza en voz alta, es más fácil darse cuenta de las relaciones que existen entre los DE, decir y expresar lo que se está pensando sobre las relaciones de los DE es una estrategia de reflexión que nos permite poner de manifiesto cosas que damos por supuestas.

- **Problema principal.**

Identificar el problema o cuestión principal que da soporte a la historia del paciente, se considera prioritario para poder hacer operativo un plan de actuación. Su identificación vendrá derivado del análisis (red de razonamiento) que realicemos sobre las necesidades de cuidados que presenta el paciente (Gráfico 3) sin perder de vista el marco con el que encuadramos al paciente y el contexto en que se encuentra.

Teniendo en cuenta la red de razonamiento creada, podremos decir que el problema principal será aquel que tiene o al que apuntan un mayor número de flechas. Cuando en un mismo caso compiten dos o tres diagnósticos en número de flechas, puede ser necesario enmarcar de nuevo la situación sobre esos DE y explicar de nuevo las relaciones que se establecen entre ellos. Podemos también seleccionar aquel que nos parece más importante, formularlo con sus factores relacionados y sus manifestaciones, siendo probable que los otros DE de igual número de flechas queden incluidos. Importan por tanto las relaciones entre los DE aunque no siempre hay una causa y efecto entre dos DE.

Una vez identificado y abordado el problema principal también cabe preguntarse qué ocurre con el resto de problemas, ¿los otros seguirán estando presentes?, en este punto hemos de tener en cuenta que no nos encontramos ante un proceso lineal, sino ante un proceso circular y fluído que reevalúa continuamente, valorando al tiempo que resolvemos el problema principal cómo quedan el resto de los DE, nos encontramos ante un proceso continuo de interacción con la persona evaluando la efectividad y los resultados de nuestras intervenciones, lo que sin duda retroalimenta y nos permite saber en qué medida

se están resolviendo los otros problemas y en qué situación se encuentran (Gráfico 4).

- **Necesidades del paciente.**

Teniendo en cuenta que para las enfermeras las necesidades del paciente pueden plantear ámbitos de actuación diferenciada; por un lado existen problemas que tienen que abordarse desde un punto de vista independiente, mientras que por otro pueden existir problemas que necesariamente requieren para su resolución la colaboración con otros profesionales; es posible que sea necesario establecer enfoques diferenciados en unos y en otros a la hora de la planificación, sin que esto suponga perder la visión global de la persona y de sus necesidades.

Para los casos complejos puede ser necesario establecer más de un red de razonamiento. Dado que el modelo AREA permite abordar cualquier tema, existe la posibilidad de crear redes de razonamiento tanto sobre los DE como sobre las CP, de tal forma que en el terreno independiente la enfermera tiene que investigar cuáles son los DE principales, y en el terreno colaborativo buscar las CP más relevantes y prioritarias de cara a monitorizar, evaluar, controlar y vigilar los factores de seguridad de dichas CP, evitando que aparezcan. Al igual que cuando establece las prioridades diagnósticas, en las CP hay que preguntarse cuál es la más grave, cuál es la que se encuentra en el origen de las demás, así como cuál se producirá antes.

ESPECIFICACIÓN DE RESULTADOS

Una vez identificada la cuestión o problema principal, la yuxtaposición, el contraste de la situación actual con los resultados esperados en el paciente es el primer paso para avanzar en la resolución del problema. Hay que convertir el problema (NANDA) en un resultado esperado (NOC) o convertir el estado actual del paciente en el estado diana al que lo queremos llevar, preguntándose si esto es bueno para el paciente. Cuando se contrasta el problema principal con su contrario (Dolor agudo-Confort, Ansiedad-Autocontrol de la ansiedad, Fatiga-Resistencia...), el espacio existente entre ambos y la tensión que se genera en las dos partes induce a rellenarla con una decisión (Intervención).

Para poder saber hasta qué punto se consigue el resultado esperado hay que identificar los criterios con los que vamos a medir el avance del paciente, estos criterios son los indicadores NOC, siendo ellos mismos parte de lo que queremos conseguir, pudiendo incluso ser tenidos en cuenta ya desde la misma entrevista clínica¹³⁻¹⁴.

Los indicadores NOC son la medida que permiten valorar los cambios, los avances que van sucediendo en los pacientes, son la evidencia que nos van a permitir conocer el efecto de las

intervenciones que pongamos en marcha, y en el análisis comparativo y progreso del paciente se hace necesario un pensamiento concurrente sobre las transiciones que el paciente está consiguiendo desde el estado actual hasta los objetivos del resultado esperado.

SELECCIÓN DE INTERVENCIONES

Una vez contrapuesto el estado actual y visto el posible resultado hay que buscar las intervenciones que nos permitan realizar dicha transición. En la especificación de resultados vimos que el espacio creado entre el problema y su contrario inducía a rellenarlo mediante la acción, es decir hay que escoger / seleccionar intervenciones enfermeras que ayuden, apoyen y ejerzan influencia en las transiciones desde la situación actual hasta los estados de resultados esperados.

Dentro de las intervenciones, las posibilidades de actuar en el paciente son amplias y variadas, y puesto que las intervenciones se componen de un número importante de actividades o acciones que realizan las enfermeras para aumentar la transición hasta el resultado esperado, cabe preguntarse qué actividades específicas asociadas a la intervención se escogerán, del mismo modo que tenemos que pensar porque escogemos esas actividades y no otras, es más en la selección de intervenciones deberíamos tener presente la evidencia disponible en cuanto a la efectividad conocida de la intervención¹⁴.

EVALUACIÓN

Todo el proceso se encuentra bajo un pensamiento circular y concurrente que nos conduce a realizar una evaluación continua de lo que se hace y del resultado que se obtiene para volver a actuar (Gráficos 1 y 4).

El ir avanzando desde la transición del estado actual (por ejemplo: dolor) al estado deseado (por ejemplo: confort) nos obliga a realizar la reflexión de si las decisiones que hemos tomado contribuyen positivamente a conseguir el resultado esperado, preguntándonos si ya lo hemos conseguido. En este punto hay que establecer el juicio clínico, la conclusión, sobre el resultado final del proceso, valorando la necesidad de volver a enmarcar la situación si no estamos satisfechos con los niveles de resultados obtenidos.

Hay que realizar por tanto una comprobación reflexiva, poner las propias reflexiones claras, pensar sobre el proceso de toma de decisiones clínicas hasta que se alcanza un juicio satisfactorio y cuando no conseguimos ver claramente la situación tras haber vuelto a enmarcar, si es necesario preguntaremos a otros profesionales con experiencia en la materia.

Finalmente cabe preguntarse tras todo el proceso de razonamiento llevado a cabo en cada

uno de los casos qué se ha aprendido y cómo este aprendizaje podrá ayudarme en el futuro en otras situaciones.

REFLEXIÓN

Aplicar el proceso enfermero en la práctica clínica presenta cierta complejidad y algunas dificultades¹². No debemos pasar por alto que en muchas ocasiones la frenética actividad asistencial, los modelos establecidos y las dinámicas de trabajo no son favorecedores de un trabajo estructurado y con metodología enfermera.

Bien es cierto que existe un cambio, especialmente en nuestra comunidad autónoma (Andalucía), y que las políticas sanitaria de un tiempo a esta parte tienen en cuenta el trabajo enfermero, hasta tal punto que, se está potenciando activamente que los profesionales adquieran metodología enfermera y que la actividad asistencial se encauce hacia el desarrollo del proceso enfermero. En este cambio muchos profesionales se encuentran en la necesidad de incorporarse a nuevas formas de entender al paciente, nuevos sistemas de trabajo y nuevas herramientas, que hasta no hace mucho le eran desconocidas.

Algunas de las dificultades a las que se enfrentan los profesionales son el poder estructurar adecuadamente las distintas fases del proceso enfermero, como por ejemplo la valoración, el establecimiento de hipótesis diagnósticas, la selección de los problemas principales, el establecimiento de resultados, etc.; el hecho de que las enfermeras hemos estado muy preparadas para actuar, intervenir, ha favorecido que nuestro razonamiento clínico quede en un plano más explícito, por lo que en estos momentos tenemos que realizar esfuerzos por hacerlo más explícito; así cómo que la incorporación de las Clasificaciones NNN requiere un esfuerzo adicional para pensar como se relacionan los problemas con los resultados e intervenciones.

El modelo AREA es una herramienta más al servicio de los profesionales, del cual seguro se pueden extraer interesantes aportaciones a la práctica clínica. El Profesor Pesut lo define como la tercera generación en el Proceso de Atención de Enfermería, en tanto que el enfoque basado en los problemas ha evolucionado hacia un enfoque basado en los resultados⁸⁻¹², aspecto muy interesante para los cuidados y la gestión de casos. En este sentido el modelo AREA puede aportar ayuda a la hora de poder realizar una valoración que además de estructurada y completa esté centrada en la historia que cuenta el paciente y en el momento actual; su estrategia de establecer redes de razonamiento puede ser de mucha utilidad cuando la aparición de muchos diagnósticos complican el racionalizar el trabajo con el paciente, al tiempo que obliga al profesional a pensar sobre las relaciones que existen entre los



problemas. También es interesante su estrategia de centrarse sobre la cuestión clave sobre la que determinar el resultado esperado; así como el hecho de que frente al pensamiento lineal, el modelo AREA sugiere un pensamiento concurrente, considerando simultáneamente las relaciones existentes entre diagnóstico-resultados-intervenciones, teniendo en cuenta los indicadores o criterios que se utilizarán para medir la evolución del paciente.

Desde el punto de vista de la planificación de cuidados y de la creación de planes de cuidados estandarizados, el modelo AREA puede ser una herramienta útil puesto que ayuda a identificar las prioridades y permite una estructura visual de la situación que ayuda a estructurar el pensamiento y los conocimientos.

Los lenguajes estandarizados NNN y el modelo AREA pueden utilizarse conjuntamente y no se contraponen al proceso enfermero, es más ambos son herramientas de un gran valor en facilitar y hacer más entendible el trabajo enfermero. El modelo AREA mucho menos conocido y menos explorado en nuestro contexto de cuidados, es un nuevo elemento a tener en cuenta tanto en el terreno clínico como en la formación de alumnos y profesionales¹².

Una vez se conoce el Modelo AREA se abre un interesante campo de exploración, el tiempo y esfuerzo que dediquemos a esta indagación puede ser provechoso si de él obtenemos ayuda para avanzar en la aplicación práctica del proceso enfermero; el mero hecho de intentar conocer el modelo asocia un beneficio por lo que supone de reflexión sobre lo que estamos haciendo y el enfoque particular que tiene este modelo sobre los cuidados y su orientación a los resultados. Como todo lo que se desconoce, en principio es lógico sentir un cierto grado de escepticismo, cuando no rechazo¹⁵, sin embargo son muchos los aspectos sugerentes que presenta este modelo por lo que sólo analizándolo e intentando aplicarlo a nuestros pacientes sabremos hasta qué punto puede ser de utilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 1231/2001, de 8 noviembre, por el que se aprueban los estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería.
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE 22 noviembre 2003).
3. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE núm. 108, viernes 6 de mayo 2005.
4. North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2003-2004. Elsevier. Madrid. 2003.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera Edición. Elsevier. Madrid 2004.
6. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier. Madrid 2004.
7. Asociación Española de Nomenclatura, taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. V Jornadas de Trabajo AENTDE. Razonamiento clínico: arte y ciencia ¿Qué hacer cuando nos salen demasiados diagnósticos?. Documentación de apoyo. AENTDE. Toledo octubre 2005.
8. Espinosa i Fresnedo C. Entrevista a Daniel Pesut. El modelo AREA. El modelo AREA es la evolución del PAE que se centra en los resultados. AENTDE. Disponible en: <http://www.aentde.com/modules.php?name=News&file=article&sid=18>. Consultado 11 de diciembre de 2005.
9. J. Adolf Guirao. Entrevista a Carme Espinosa. Los alumnos han dejado de ver el proceso de enfermería como algo teórico. AENTDE. Disponible en <http://www.aentde.com/modules.php?name=News&file=article&sid=21>. Consultado 11 de diciembre de 2005.
10. Daniel J. Pesut. Razonamiento clínico: Arte y Ciencia. En V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber. AENTDE. Valencia mayo 2004. Disco de Ponencias y Comunicaciones/Datos/Ponencias/Pesut.pdf.
11. Sue Moorhead. Taller de utilización del NOC. VI Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería: Resultados, Gestión y Liderazgo. Libro de Ponencias y Comunicaciones 25-36. Granada mayo 2006.

12. Espinosa i Fresnedo C. **La integración del modelo AREA y las Taxonomías en la Formación Pregrado.** En V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. **Innovación en el proceso de cuidar: conjugación de herramientas y saber.** AENTDE. Valencia mayo 2004. Disco de Ponencias y Comunicaciones/Datos/ponencias/espinosa.pdf.
13. Morillas Herrera JC, Morales Asencio JC, Martín Santos FJ, Cuevas Fernández-Gallego M. **El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras.** Metas de Enferm dic 2005; 8(10):58-62.
14. Morillas Herrera JC, Morales Asencio JC, Martín Santos FJ, Cuevas Fernández-Gallego M. **El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones (2ª parte).** Metas de Enferm mar 2006; 9(2):6-12.
15. Del Pino Casado B. **Reflexiones sobre metodología enfermera. Modelo "AREA".** Excel Enferm [en línea] 2005 [Julio 2005]; 2(8). Disponible en: <http://www.ee.isics.es> Consultado el 18 de Diciembre 2005.

Cuadro 1

Modelo AREA	
Estructura	Desarrollo
Cliente en contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Leer detenidamente la historia del paciente • Identificar los diagnósticos de enfermería basándose en los datos y en la información recogida
Cinco puntos lógicos del razonamiento clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Del diagnóstico y el resultado del paciente • De la intervención enfermera en el proceso de cuidados • De las relaciones • De la red de relaciones • De la gestión y monitorización de sí mismo
Red de razonamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Crear una red de razonamiento con todos los diagnósticos que presenta el paciente • Relacionar unos diagnósticos con otros con explicaciones • Identificar en la red la convergencia de las flechas, es decir la mayor concentración de actividad • Preguntarse: ¿Esto representa un tema principal? Si se soluciona este problema, ¿se resuelven otros problemas con los que está relacionado?
Cuestión fundamental: especificación del resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la convergencia de problemas e identificar los focos principales de actuación • Convertir el problema en un resultado esperado • Contraponer, yuxtaponer el problema y el resultado • Se comprueba la tensión que se crea en la yuxtaposición
Prueba, a través de la reflexión y el razonamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Identificamos los criterios de consecución del resultado (indicadores NOC)
Toma de decisiones: escoger las intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar las intervenciones que ayudarán a pasar del estado actual al estado deseado
Juicio	<ul style="list-style-type: none"> • Cual es la conclusión, ¿Cuál es tu juicio clínico? • Hay que volver a replantearse

Cuadro 2

CLAVES PARA LA CREACIÓN DE UNA RED LÓGICA	
Reflexiones que hay que realizarse	Conexiones
El Dolor está (positivamente) relacionado con la Ansiedad porque cuanto más dolor siente el paciente más ansiedad experimenta	<ul style="list-style-type: none"> • El centro esta conectado con cada uno de los diagnósticos / elementos que se sitúan alrededor. • Cada uno de los elementos tiene que ser explorado con todos los demás y ver con cuales se relacionan.
Como el Dolor está relacionado con la Fatiga, esto significa que con la aparición del dolor el paciente experimenta mayor cansancio.	<ul style="list-style-type: none"> • Además hay que establecer la dirección de la relación, el sentido en que se relacionan dos elementos. • Cuando no está clara la dirección de la relación, simplemente se traza una línea de unión entre ambos.
Cuanto (mayor/menor) sea el Dolor tanto (mayor/menor) es la Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser que dos elementos se relacionen entre sí de manera bidireccional.
El Dolor, la Ansiedad, y la Fatiga están relacionados porque cuando aumenta el dolor aparece mayor agitación, más preocupación, aumento de la tensión muscular y mayor cansancio.	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que identificar cuales son los problemas / elementos que mayor flujo de flechas reciben, siendo ellos los elementos principales y que tienen que ser abordados prioritariamente. • Aislar en la red estos elementos para que tengamos mayor claridad en lo que hay que realizar.

Gráfico 1

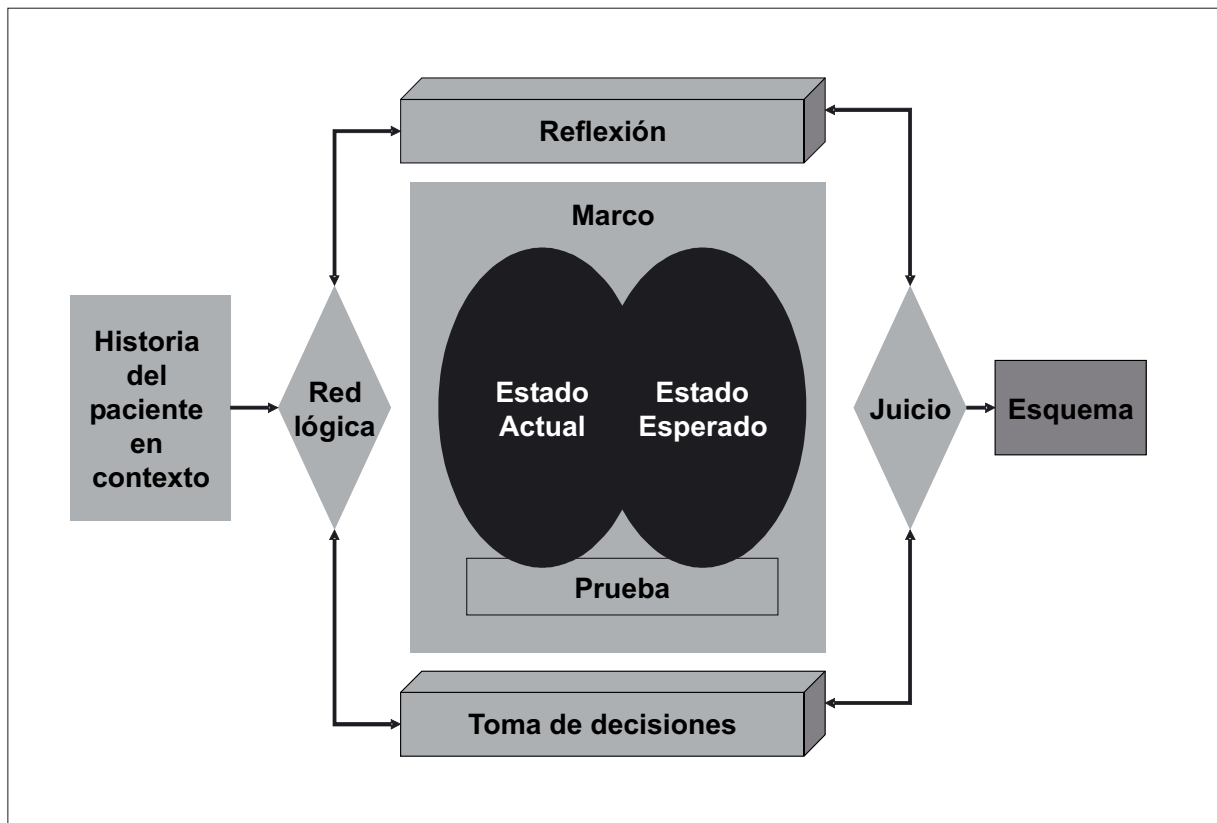


Gráfico 2

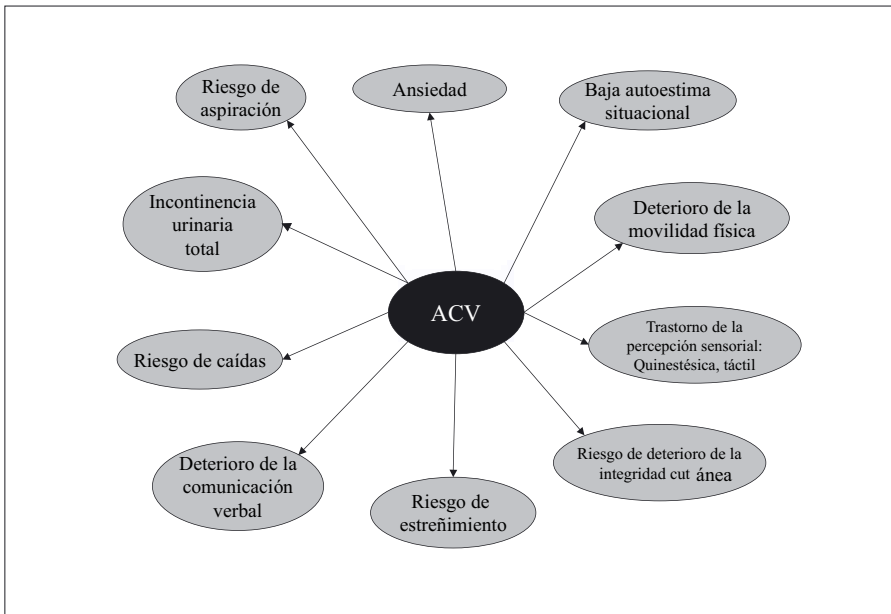


Gráfico 3

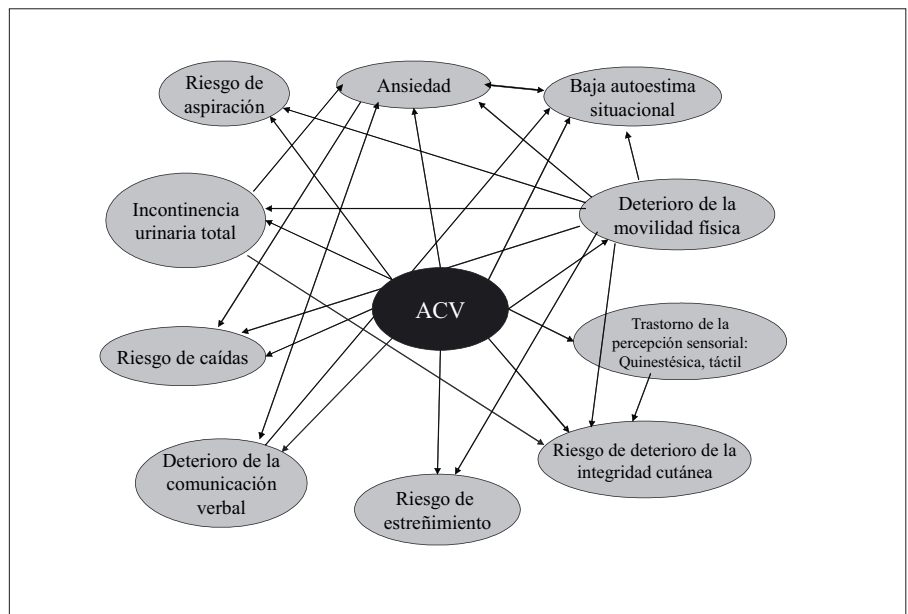


Gráfico 4

