

(Coords.)

Emilio Mota Romero
Daniel Puente Fernández
Rafael Montoya Juárez

Programa NUHELP

de atención al final de la vida
en residencias de mayores
y centros gerontológicos



PIRÁMIDE

Programa NUHELP

de atención al final de la vida
en residencias de mayores
y centros gerontológicos

(Coords.)

Emilio Mota Romero
Daniel Puente Fernández
Rafael Montoya Juárez

Programa NUHELP

de atención al final de la vida
en residencias de mayores
y centros gerontológicos

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»
Sección: Manuales Prácticos

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Emilio Mota Romero, Daniel Puente Fernández y Rafael Montoya Juárez (coords.), 2023
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2023
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Valentín Beato, 21. 28037 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-4777-2

RELACIÓN DE AUTORES

M.^a Adoración Alba Rosales

Enfermera Gestora de Casos. Unidad de Gestión Clínica Federico Castillo. Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur. Servicio Andaluz de Salud.

Gema Árbol Fernández

Enfermera. Centro de Salud de Peligros. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud.

Nuria Barbero Salado

Médica de Familia. Centro de Salud «Casería de Montijo» de Granada. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud.

José Burgos Sánchez

Enfermero Gestor de Casos. Centro de Salud de Churriana de la Vega. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud.

Glaucione Marisol Cano Garzón

Médica. Residencia «María Zayas». Belicena (Granada).

Inés Carmona Rega

Enfermera. Centro de Salud «Bola de oro» de Granada. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud.

Ana Alejandra Esteban Burgos

Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén. Instituto de In-

vestigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada).

José Ramón Galán Aguilar

Enfermero Gestor de Casos, Centro de Salud de Los Villares. Distrito Sanitario Jaén. Servicio Andaluz de Salud.

Rosario Gallardo Medina

Psicóloga. Residencia «Edades». Los Villares (Jaén).

M.^a Paz García Caro

Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

Instituto de Investigación Biosanitaria Granada (ibs.Granada).

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada.

M.^a Ángeles García Ortega

Enfermera. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud.

M.^a Piedad García Ruiz

Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA HCC) del Área de Gestión Sanitaria de Jaén Norte. Servicio Andaluz de Salud.

César Hueso Montoro

Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén.

Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada).
Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada.

Rosel Jimeno Uclés

Enfermera. Residencia «Edades». Los Villares (Jaén).

M.ª José Lozano Terrón

Psicóloga. Centro de Mayores «Cájar de la Vega». Cájar (Granada).

Rafael Montoya Juárez

Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada.
Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada).
Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada.

Socorro Moreno Guerrero

Psicóloga. Directora del Centro Residencial para las Personas Mayores Residencia «Caserío de Fonseca». Peligros (Granada).

Emilio Mota Romero

Enfermero. Centro de Salud Salvador Caballero. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud.
Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada).

Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada.

Rocío Moya Diéguez

Enfermera. Residencia «Entre Álamos». Atarfe. Granada.

M.ª Carmen Ortega Armenteros

Médico especialista en Oncología Médica. Máster en Cuidados Paliativos. Hospital de Jaén.

Daniel Puente Fernández

Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada.
Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada).

Carmen Rodríguez Pertíñez

Enfermera. Residencia «Beato Fray Leopoldo». Granada.

Beatriz Tallón Martín

Enfermera. Residencia «Geroinnova». Fuente Vaqueros (Granada).

Eugenio Vera Salmerón

Enfermero. Centro de Salud Salvador Caballero. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud.
Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada).

ÍNDICE

Prólogo	15
1. Contexto y filosofía del programa NUHELP (Rafael Montoya Juárez, Emilio Mota Romero y Daniel Puente Fernández)	17
1.1. Introducción	17
1.2. Justificación	20
1.3. Filosofía del programa NUHELP	21
1.4. Residencias de mayores y COVID-19	22
2. Metodología de elaboración del programa NUHELP (Emilio Mota Romero, Daniel Puente Fernández y Rafael Montoya Juárez)	25
2.1. Fase 1: formación en cuidados paliativos	25
2.2. Fase 2: selección de objetivos del programa	26
2.3. Fase 3: selección de intervenciones del programa	32
2.4. Fase 4: recogida de datos	34
3. Desarrollo del objetivo 1: realizar una evaluación integral (geriátrica y paliativa) y desarrollar un plan de atención personalizado adaptado (César Hueso Montoro, Rosario Gallardo Medina, M.^a Adoración Alba Rosales, José Ramón Galán Aguilar y M.^a Piedad García Ruiz)	35
3.1. Justificación	35
3.2. Revisión bibliográfica	35
3.3. Intervenciones realizadas en las residencias previamente	40
3.4. Conclusiones de los grupos focales	41
3.5. Intervenciones definitivas propuestas	43
4. Desarrollo del objetivo 2: informar de manera clara y accesible a pacientes y a familiares (Emilio Mota Romero, Rocío Moya Diéguez, Nuria Barbero Salado, Socorro Moreno Guerrero y Gema Árbol Fernández)	45
4.1. Justificación	45
4.2. Revisión bibliográfica	46

4.2.1.	Conspiración de silencio	49
4.2.2.	Necesidades de información (del paciente y/o de la familia)	49
4.2.3.	Algunas expresiones para emplear y no emplear durante el proceso de información	50
4.3.	Intervenciones realizadas en las residencias previamente.	53
4.4.	Conclusiones de los grupos focales.	54
4.5.	Intervenciones definitivas propuestas.	59
5.	Desarrollo del objetivo 3: realizar y registrar la toma de decisiones anticipadas (Rafael Montoya Juárez, Inés Carmona Rega, José Burgos Sánchez, Beatriz Tallón Martín y Glaucone Marisol Cano Garzón)	61
5.1.	Justificación.	61
5.2.	Revisión bibliográfica	62
5.3.	Intervenciones realizadas en las residencias previamente.	64
5.4.	Conclusiones de los grupos focales.	65
5.5.	Intervenciones definitivas propuestas.	70
6.	Desarrollo del objetivo 4: realizar atención anticipada a la pérdida y el duelo (Daniel Puente Fernández, M.^a José Lozano Terrón, M.^a Ángeles García Ortega, Carmen Rodríguez Pertíñez y Ana Alejandra Esteban Burgos)	73
6.1.	Justificación.	73
6.2.	Revisión bibliográfica	77
6.3.	Intervenciones realizadas en las residencias previamente.	82
6.4.	Conclusiones de los grupos focales.	82
6.4.1.	Intervenciones dirigidas al residente	83
6.4.2.	Intervenciones dirigidas a la familia	84
6.4.3.	Intervenciones dirigidas al equipo de la residencia.	85
6.4.4.	Intervenciones relacionadas con la espiritualidad.	85
6.5.	Intervenciones definitivas propuestas.	92
7.	Desarrollo del objetivo 5: derivar a la unidad de cuidados paliativos, si procede, en función de la complejidad paliativa (M.^a Paz García Caro, Eugenio Vera Salmerón y M.^a Carmen Ortega Armenteros).	93
7.1.	Justificación.	93
7.2.	Revisión bibliográfica	94
7.3.	Intervenciones realizadas en las residencias previamente.	104
7.4.	Conclusiones de los grupos focales.	105
7.5.	Intervenciones definitivas propuestas.	111

8. Intervenciones del objetivo 1: realizar una evaluación integral (geriátrica y paliativa) y desarrollar un plan de atención personalizado adaptado (M.^a Adoración Alba Rosales, M.^a Piedad García Ruiz, Rosario Gallardo Medina, José Ramón Galán Aguilar y César Hueso Montoro).	113
8.1. Intervención 1: «se identifican las necesidades paliativas»	113
8.2. Intervención 2: «se realiza una valoración integral geriátrica y paliativa»	113
8.3. Intervención 3: «se realiza un plan de atención personalizado adaptado a las necesidades paliativas detectadas»	115
9. Intervenciones del objetivo 2: informar de manera clara y accesible a pacientes y familiares (Socorro Moreno Guerrero, Gema Árbol Fernández, Rocío Moya Diéguez, Nuria Barbero Salado y Emilio Mota Romero).	119
9.1. Intervención 1: «se explora la información que tiene el paciente/familia respecto a su situación clínica»	119
9.2. Intervención 2: «se exploran las preferencias que tiene el paciente respecto a la información que desea recibir»	121
9.3. Intervención 3 (condicionada): «se exploran las preferencias que tiene la familia respecto a la información que se les proporciona tanto a ellos como al paciente cuando no existe conspiración de silencio»	122
9.4. Intervención 4 (condicionada): «se exploran las preferencias que tiene la familia respecto a la información que se les proporciona a ellos y al paciente cuando existe conspiración de silencio»	123
9.5. Intervención 5: «se informa al paciente y/o a la familia sobre aspectos clínicos».	125
10. Intervenciones del objetivo 3: realizar y registrar la toma de decisiones anticipadas (Beatriz Tallón Martín, Glaucione Marisol Cano Garzón, Inés Carmona Rega, José Burgos Sánchez y Rafael Montoya Juárez).	127
10.1. Intervención 1: «se consulta si existe algún documento previo que exponga las preferencias del paciente» (como la existencia del documento de voluntades anticipadas del SSPA)».	127
10.2. Intervención 2: «se valoran las preferencias del paciente sobre la toma de decisiones (pacientes sin deterioro cognitivo)».	128

10.3.	Intervención 3: «se informa qué es y para qué sirve la toma de decisiones anticipadas»	129
10.4.	Intervención 4: «se discute el documento de toma de decisiones anticipadas con el paciente y/o la familia» (siempre que el paciente y/o la familia quieran continuar con el registro)»	130
10.5.	Intervención 5: «se cumplimenta el documento de toma de decisiones anticipadas» (siempre que el paciente y/o la familia quieran continuar con el registro)»	133
10.6.	Intervención 6: «se informa de las decisiones adoptadas a los miembros del equipo de atención sanitaria de la residencia y de atención primaria» (siempre que el paciente y/o la familia quieran continuar con el registro)»	134
11.	Intervenciones del objetivo 4: realizar atención anticipada a la pérdida y al duelo (M.^a José Lozano Terrón, Carmen Rodríguez Pertíñez, M.^a Ángeles García Ortega, Ana Alejandra Esteban Burgos y Daniel Puente Fernández).	137
11.1.	Intervención 1: «se favorece la implicación de la familia en el cuidado del paciente»	137
11.2.	Intervención 2: «se favorece la comunicación entre el residente y la familia»	138
11.3.	Intervención 3: «se identifican y abordan los factores de riesgo de duelo complicado»	140
11.4.	Intervención 4: «se valoran las necesidades espirituales del paciente»	142
12.	Intervenciones del objetivo 5: derivar a unidad especializada de cuidados paliativos, si procede, en función de la complejidad paliativa (Eugenio Vera Salmerón, M.^a Carmen Ortega Armenteros, Emilio Mota Romero y M.^a Paz García Caro)	145
12.1.	Intervención 1: «se han definido para el centro los niveles de prioridad para movilizar recursos especializados de cuidados paliativos»	145
12.2.	Intervención 2: «se asigna prioridad para movilizar recursos de acuerdo con las necesidades paliativas y a los elementos de complejidad y alta complejidad paliativa que presentan los residentes»	146
12.3.	Intervención 3: «se dispone de un procedimiento para solicitar la intervención del recurso especializado»	146
12.4.	Intervención 4: «se implementan las intervenciones y los cuidados indicados por el equipo de soporte, reevaluando la situación cada vez que sea necesario o esté indicado»	147

13. Desarrollo de la plataforma de apoyo a la recogida de datos NUHELP (Daniel Puente Fernández, Ana Alejandra Esteban Burgos, Rosel Jimeno Uclés, Rafael Montoya Juárez y Emilio Mota Romero)	149
13.1. Acceso a la plataforma NUHELP	149
13.2. Añadir paciente	151
13.3. Valoración de inclusión en el programa NUHELP	153
13.4. Valoración inicial de los objetivos del programa NUHELP	155
13.5. Valoración de seguimiento y valoración final	156
14. Anexos	159
Anexo 1: Estándares de calidad seleccionados para incluir en el panel Delphi	161
Anexo 2: Cuestionarios de valoración del objetivo 1	165
Anexo 3: Documento de voluntades anticipadas para residentes (objetivo 3)	181
Anexo 4: Documento de voluntades anticipadas para familiares (objetivo 3)	184
Anexo 5: Informe de factores de riesgo de duelo complicado identificados en los familiares (objetivo 4)	186
Anexo 6: Informe de derivación a recursos avanzados de cuidados paliativos (objetivo 5)	188
Anexo 7: Listado de material fungible y medicación para el botiquín del centro	190
Anexo 8: Registro del botiquín mínimo para el abordaje de síntomas refractarios/sedación paliativa	196
Bibliografía	199

Prólogo

La proporción de personas mayores de 65 años está aumentando de manera gradual en Europa y en España. A pesar de que la mayoría de los fallecimientos se producen en personas mayores de 65 años, hay relativamente pocas políticas que se centren en estudiar el final de la vida en este grupo de edad debido a que los estudios sobre el final de la vida se han centrado tradicionalmente en el cáncer. Siendo esta población la que más se beneficiaría de un enfoque paliativo en la asistencia; paradójicamente, es la que recibe menor atención paliativa por parte de los recursos especializados.

Aunque son muchos los mayores que viven en sus hogares, la menor disponibilidad de cuidadores informales para la atención domiciliaria ha ocasionado que las residencias cobren una gran importancia, por lo que el número de personas que viven en residencias de mayores ha aumentado en Europa y en nuestro país.

En muchos casos, las personas que residen en este tipo de centros no lo hacen por elección propia, sino que presentan algún tipo de dependencia que hace que precisen cuidados especializados que no pueden ser prestados en el domicilio. Las personas mayores que viven en residencias de mayores presentan unas condiciones de dependencia, multimorbilidad y fragilidad superior a la población general, y muchas de ellas presentan necesidades paliativas que precisan ser abordadas. Sin embargo, los datos recogidos de la literatura científica internacional nos hablan de que no existen unos buenos cuidados al final de la vida en estos centros. Se está reflexionando mucho sobre la situación general de las residencias en nuestro país, especialmente sobre aquellos aspectos relativos a la gestión del final de la vida.

Por otro lado, según los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, la pandemia derivada de la expansión del virus SARS-CoV-2 se cebó especialmente con las personas mayores, y en concreto en aquellas que residían en residencias.

Instituciones como la Organización Mundial para la Salud y la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos remarcan la importancia de desarrollar programas de intervención al final de la vida en residencias de mayores. En otros países europeos, se han desarrollado distintos programas de atención al final de la vida en residencias de mayores como pueden ser el Gold Standards Framework for Care Homes, el programa Route to Success o el programa Namaste; sin embargo, hasta la fecha, no se dispone de un programa de atención de estas características en nuestro país.

El programa que se plasma en este documento ha sido desarrollado teniendo en cuenta el contexto cultural y organizativo específico de nuestro país, y ha contado con la participación de los profesionales de residencias de mayores, lo que supone un beneficio adicional de cara a su aplicabilidad.

El programa destaca además por su concreción, ofreciendo un marco teórico para cada uno de sus objetivos, así como información práctica para su implementación como pueden ser modelos de entrevistas, formularios, algoritmos de decisión, indicadores de evaluación y listas de verificación de las intervenciones.

En este libro se explica además detalladamente el procedimiento por el que se ha desarrollado el programa que ofrecemos, dando la posibilidad a los futuros lectores de desarrollar su propio programa siguiendo una metodología rigurosa.

Consideramos que un documento como el que proponemos puede suponer una inestimable ayuda a los profesionales de residencias interesados en mejorar su práctica asistencial, así como para los profesionales de atención primaria vinculados a estos centros, gestores sanitarios, así como para profesionales en formación que decidan especializarse en este campo.

1. CONTEXTO Y FILOSOFÍA DEL PROGRAMA NUHELP

RAFAEL MONTOYA JUÁREZ, EMILIO MOTA ROMERO
Y DANIEL PUENTE FERNÁNDEZ

1.1. INTRODUCCIÓN

La proporción de personas mayores de 65 años está aumentando de manera gradual en Europa. Según la Oficina Estadística de la Unión Europea Eurostat, el 1 de enero de 2019, 90,7 millones de europeos (20,3%), tenían más de 65 años. Esto supuso, en ese momento, un aumento de 2,9 puntos porcentuales con respecto a la determinación anterior, que databa del año 2009 (1). Se estima que esta tendencia al alza continúe en los países de la Unión Europea (UE). Según este mismo organismo, para el año 2050 se espera que 149,2 millones de personas, el 28,5% de la población total de los países de la Unión, tengan más de 65 años (1).

En el caso de España, la previsión no es distinta. El Instituto Nacional de Estadística (2) prevé un envejecimiento de la población residente en España. Actualmente, en España hay 9,28 millones de personas (19,6%) que tienen más de 65 años, y se estima que este porcentaje se situará en el 31,4% para el año 2050.

A pesar de que la mayoría de los fallecimientos se producen en personas mayores de 65 años, hay relativamente pocas políticas que se centren en estudiar el final de la vida en este grupo de edad (3). Esto es debido a que los estudios sobre el final de la vida se han centrado tradicionalmente en el cáncer, y solo a partir de los cambios en los patrones a la hora de enfermar; se ha desviado el foco de atención a otras enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, EPOC, insuficiencias orgánicas (cardíaca, renal y respiratoria), o neurológicas como la demencia, que son muy prevalentes, y en muchos casos coexisten entre las personas mayores. Siendo esta población la que más se beneficiaría de un enfoque paliativo en la asistencia, paradójicamente, es la que recibe menor atención paliativa por parte de recursos especializados (3).

Satisfacer las necesidades de estas personas mayores al final de su vida requiere, según la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) (4), mejorar el acceso a los cuidados paliativos de este grupo de edad, incluyendo a las personas que mueren de enfermedades crónicas distintas al cáncer.

Aunque son muchos los ancianos que viven en sus hogares, la menor disponibilidad de cuidadores formales para la atención domiciliaria ha ocasionado que las residencias cobren una gran importancia en el cuidado de personas mayores.

Según los últimos datos publicados por Eurostat, que datan del año 2018, existen 836,5 camas en residencias de mayores por cada 100.000 habitantes (5). En España, se ha observado una tendencia ascendente en el número de centros residenciales desde el 2004 hasta nuestros días. Mientras que en el año 2004 el número de centros residenciales en España era aproximadamente de 5.161 centros, en el año 2020 el número de centros se sitúa en 5.556. Esto también ha supuesto el aumento en el número plazas residenciales, que ha pasado de 44.408 en 2004, a 55.328 plazas en 2020 (6).

Normalmente, las personas que recurren a este tipo de centros no lo hacen por elección propia, sino que presentan algún tipo de dependencia que hace que precisen cuidados especializados que no pueden ser prestados en el domicilio. Según el informe de la Fundación Instituto Edad y Vida (7), las personas mayores que viven en residencias de mayores presentan una edad media avanzada, un 76% presentan más de tres diagnósticos activos, el 66% toman al menos 7 fármacos, el 63% padecen deterioro cognitivo y el 43% fallecen durante el primer año que viven en la residencia. Además, al año un 38% de las personas mayores que viven en residencias son derivados a los servicios de urgencias al menos una vez. En conclusión, las personas que residen en estos centros presentan unas condiciones de dependencia, multimorbilidad y fragilidad superior a la población general.

De acuerdo con este perfil, es fundamental que se realice un abordaje paliativo en las residencias de mayores. Sin embargo, los datos recogidos de la literatura científica internacional nos hablan de que no existen unos buenos cuidados al final de la vida en estos centros. Síntomas como el dolor, la ansiedad, la confusión, la disnea y las náuseas son síntomas comunes en la última semana de vida de los residentes institucionalizados. (8-12). Otros estudios de-

muestran que las terapias agresivas siguen siendo habituales en los residentes de residencias de mayores, especialmente en pacientes con demencia (13, 14), y que muchos pacientes siguen recibiendo medicamentos no prescritos como tratamientos paliativos o para el control de los síntomas, a pesar de encontrarse en la fase final de la vida (15, 16).

Varios estudios nacionales han detectado una alta prevalencia de necesidades paliativas en más de la mitad de los usuarios de las residencias de mayores, presentando una esperanza de vida limitada (17-19)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) y la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) (4) animan a la implementación de programas de cuidados paliativos en los centros de cuidados de larga estancia como las residencias de mayores. Existen experiencias exitosas de integración de cuidados paliativos en residencias de mayores. Programas como el Gold Standards Framework for Care Homes (GSFCH) para el final de la vida se implementaron en el Reino Unido con bastante éxito (20, 21).

Recientemente, se han realizado en este tipo de centros, a nivel europeo, distintos programas de intervención como el proyecto PACE (PAlliative Care for older people in care and nursing homes in Europe) (11, 22), o el programa Namaste específico para residentes con demencia (23).

En España no hay, hasta el momento, ningún programa cuyo objetivo sea mejorar la atención al final de la vida en residencias de mayores. Estudios previos indican que los profesionales de estos centros califican la atención al final de la vida en residencias como buena (24-26). Sin embargo, se han detectado en España también una alta prevalencia de síntomas físicos y psicológicos poco o mal controlados (27, 28), sobreactuación terapéutica y diagnóstica en los últimos meses, y falta de autonomía de los pacientes en la toma de decisiones (29, 30).

Esta discordancia entre lo que los profesionales perciben y los datos puede explicarse por la ausencia de estándares que permitan definir una atención al final de la vida de calidad en estos centros. Es preciso definir qué elementos debieran ser básicos para implementar cuidados paliativos en residencias de mayores, y qué mínimos se pueden exigir a estas instituciones, de acuerdo con las características de la población atendida y los recursos que tienen a su disposición, para integrar este tipo de servicios en su oferta.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Partiendo de esta situación, el proyecto NUHELP (Nursing Homes End-of-life Program) tiene como finalidad elaborar, implementar y evaluar un programa de atención al final de la vida en residencias de ancianos.

Desde el punto de vista del acceso a los servicios sanitarios, el programa NUHELP da respuesta a las recomendaciones realizadas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (3) y la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) (4).

Conviene señalar que el programa NUHELP está en sintonía con las principales políticas y estrategias de salud llevadas a cabo en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, tanto de carácter general como aquellas más específicas orientadas a la atención al final de la vida.

- ⇒ Por un lado, el IV Plan Andaluz de Salud de Andalucía (31) señala como punto crítico el desarrollo de alianzas del sistema sanitario público con las residencias de mayores para garantizar una alternativa residencial frente a la hospitalización en los casos de enfermedad avanzada sin soporte familiar.
- ⇒ La Estrategia de Cuidados de Andalucía (32) sitúa a los cuidados paliativos en una de sus acciones preferentes, abogando por modelos de práctica avanzada en enfermería con competencias específicas en este tipo de cuidados.
- ⇒ Por otro lado, el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (33) plantea la necesidad de una coordinación a diferentes niveles, considerando prioritaria la coordinación sociosanitaria y con otras organizaciones. En este sentido, sitúa a las residencias como emplazamientos potencialmente disponibles para garantizar esa coordinación en el marco de modelos de respuesta diseñados conjuntamente entre los diferentes sectores implicados.
- ⇒ Por último, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (2012) (34) anima a desarrollar programas de atención a residencias, adaptados al nivel local en función de las características de la zona, así como impulsar proyectos de investigación que permitan obtener evidencias sólidas de los resultados en salud de las iniciativas de atención a los pacientes con enfermedades crónicas.

TÍTULOS PUBLICADOS

- 50 técnicas psicoterapéuticas, *L. Nomen*.
- Abordaje terapéutico grupal en salud mental, *I. Gómez y L. Moya*.
- Amando sin dolor, disfrutar amando, *F. Gállego*.
- Ansiedad social, *M.ª N. Vera y G. M.ª Roldán*.
- Apoyo psicológico en situaciones de emergencia, *J. M. Fernández*.
- Bulimia nerviosa, *I. Dío, M.ª P. López, J. Pastor y A. R. Sepúlveda*.
- Bullying, cyberbullying y sexting, *J. A. Molina y P. Vecina*.
- Calidad de vida y bienestar en la vejez, *M.ª del M. Ferradás y C. Freire*.
- Cine, metáforas y psicoterapia, *I. Caro (coord.)*.
- Claves para aprender en un ambiente positivo y divertido, *B. García (dir.)*.
- Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas, *C. Maganto y J. M.ª Maganto*.
- Cómo sobreponerse a la ansiedad, *I. Zych*.
- El complejo mundo de las relaciones interpersonales, *M.ª I. Monjas*.
- Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés, *J. Rojo*.
- Los conflictos, *J. M. Fernández y M.ª del M. Ortiz*.
- Consumir sin consumirse, *J. M.ª Arana y D. de Castro*.
- La comunicación para parejas inteligentes, *R. Roche*.
- Deje de sufrir por todo y por nada, *R. Ladouceur, É. Léger y L. Bélanger*.
- Deja atrás la depresión y alcanza la felicidad, *F. L. Vázquez, P. Otero, Á. J. Torres y M. Arrojo*.
- Desde el principio, *Marta Giménez-Dasi*.
- Discapacidad intelectual en la empresa, *A. de la Herrán y D. Izuzquiza*.
- Discriminación por obesidad, *J. I. Baile*.
- ¿Dónde están los hombres?, *J. Ramos Brieva*.
- El duelo y la muerte, *L. Nomen*.
- Educación social y atención a la infancia, *M. Fernández, J. M. Fernández y A. Hamido*.
- Educación vocal, *M.ª J. Fiuza*.
- Emocionáte, *A. Soldevila*.
- Enseñar en la universidad, *M. Brauer*.
- El estrés en cuidadores de mayores dependientes, *M.ª Crespo y J. López*.
- Estrés, maltrato infantil y psicopatología, *J. Toro*.
- Formación de formadores, *P. del Pozo*.
- Gestión de emociones en el día a día, *J. M. Mestre, J. M. Gutiérrez-Trigo, C. Guerrero y R. Guil*.
- Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia, *E. Aznar y Á. Berlanga*.
- Guía práctica de detección de problemas de salud mental, *B. Ausin y M. Muñoz*.
- Guía de técnicas de terapia de conducta, *A. Gavino*.
- Habilidades del terapeuta de niños y adolescentes, *A. Fernández*.
- Iniciativa personal, *A. Lisboa y M. Frese*.
- La infertilidad, *Y. Gómez, R. Antequera, C. Moreno, C. Jenaro, A. Ávila y B. Hurtado*.
- Infertilidad y reproducción asistida, *Y. Gómez, F. J. de Castro, R. Antequera, C. Moreno, C. Jenaro y A. Ávila*.
- Intervención de las familias y profesionales en personas con trastornos del espectro autista, *M. Ojea*.
- Intervención psicológica en emergencias, *M.ª D. Pujadas Sánchez*.
- Intervención psicológica en en terapia de pareja, *F. J. Labrador*.
- Intervención psicológica grupal en dolor crónico, *J. Rodríguez, S. Couceiro y C. J. van der Hofstadt*.
- La pareja en la vejez, *M.ª H. Feliú*.
- Liberarse de las apariencias, *M.ª Calado*.
- Manual de intervención integral en psicoestimulación para demencias, *Á. Rodríguez Mora*.
- Manual de la entrevista psicológica, *C. Perpiñá, I. Montoya y S. Valero*.
- Mente activa, *M. Fernández, A. da C. Soares, M.ª Lens y J. M. Mayán*.
- Mi pareja no me escucha, *J. A. Delgado*.
- Mitos viejos y nuevos sobre sexualidad, *F. López*.
- Mujeres víctimas de la violencia doméstica, *F. J. Labrador, P. de Luis, R. Fernández y P. Paz*.
- Pequeño tratado de manipulación para gente de bien, *J.-L. Beauvois y R.-V. Joule*.
- La persuasión, *J. Borg*.
- MADemo. Manual de educación emocional para docentes, *I. Montoya, K. Schoeps y S. Postigo y Remedios González*.
- Niños hiperactivos, *I. Moreno y M.ª S. Menéres*.
- Orientación profesional en la incertidumbre, *P. Martínez y C. González*.
- Pequeño tratado de manipulación para gente de bien, *R.-V. Joule y J.-L. Beauvois*.
- Placebos, fármacos y psicoterapias, *J. Toro*.
- Plan estratégico personal, *M. Á. Mañás*.
- ¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?, *E. Echeburúa y S. Redondo*.
- Problemas psicológicos en jóvenes universitarios, *C. Larroy y F. J. Estupiñá*.
- Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes, *J. M. Ortigosa, F. X. Méndez y A. Riquelme*.
- Programa para el control del estrés, *M.ª I. Peralta y H. Robles*.
- Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS). Libro del terapeuta, *V. E. Caballo, I. C. Salazar, L. Garrido, M.ª J. Iruñia y S. G. Hofmann*.
- Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS). Libro del paciente, *V. E. Caballo, I. C. Salazar y L. Garrido*.
- Programa para la intervención psicológica del mutismo selectivo en los contextos educativos, *J. Olivares y P. J. Olivares*.
- Programa para mejorar el sentido del humor, *B. García*.
- Programa NUHELP de atención al final de la vida en residencias de mayores y centros gerontológicos, *E. Mota Romero, D. Puente Fernández y R. Montoya Juárez (coords.)*.
- Programa Relaciones Positivas (PRP), *M.ª I. Monjas*.
- Programa SALUDIVERSEX, *M.ª D. Gil Llario, R. Ballester, L. Caballero y C. Escalera*.
- Protección social a las personas en situación de dependencia en España, *J. Á. Martínez-López (coord.)*.
- Protocolo multimedia para fobias específicas, *A. Ruiz y L. Valero*.
- Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes, *J. Ehrenreich-May, S. M. Kennedy, J. A. Sherman, S. M. Bennett y D. H. Barlow*.
- Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en niños, *J. Ehrenreich-May, S. M. Kennedy, J. A. Sherman, E. L. Bilek y D. H. Barlow*.
- Psicología aplicada a la ayuda en situaciones de emergencia y catástrofe, *J. M. Fernández Millán*.
- Psicología aplicada para profesionales de la intervención en emergencias, *J. M. Fernández Millán y M. Fernández Navas*.
- ¿Qué es el ansia por la comida?, *S. Moreno, S. Rodríguez y M.ª del C. Fernández-Santaella*.
- ¿Qué es el Parkinson?, *M.ª J. Fiuza y J. M. Mayán*.
- ¿Qué fácil ganarlo, qué difícil perderlo, *M. Costa y E. López*.
- ¿Quién queda en el armario?, *D. Di Marco, L. Munduate, A. Arenas y H. Hoel*.
- Psicología aplicada para profesionales de la intervención en emergencias, *J. M. Fernández Millán y M. Fernández Navas*.
- La regulación de las emociones, *J. M. Mestre*.
- Ser gordo, sentirse gordo, *I. Amigo*.
- Ser padres, actuar como padres, *J. Olivares, A. I. Rosa y P. J. Olivares*.
- Si la vida nos da limones, hagamos limonada, *E. López y M. Costa*.
- Situaciones difíciles en terapia, *F. J. Labrador*.
- Soy estudiante, *J. Gallego*.
- Superar un trauma, *E. Echeburúa*.
- El TDAH, *R. Lavigne y J. F. Romero*.
- Tócame otra vez, *M. Costa y E. López*.
- Todo lo que usted siempre quiso saber sobre las emociones, *F. Martínez Sánchez, E. G. Fernández-Abuscal, F. Palmero*.
- Tratamiento psicológico de los trastornos de alimentación, *J. Sevilla y C. Pastor*.
- El trastorno obsesivo-compulsivo, *A. Gavino*.
- Trastornos alimentarios, *M.ª Calado Otero*.
- Tratamiento del TOC en niños y adolescentes, *A. Gavino, R. Nogueira y A. Godoy*.
- Un villano llamado estrés, *M.ª I. Peralta (Coord.)*.
- Vivencia, experiencia y recuerdo, *R. Aguado Romo*.