

MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y EL CUIDADO SIN SUJECIONES.

RUBÉN YUSTA TIRADO

Trabajador Social en Residencia de mayores

Master universitario en Gerontología y Atención Centrada en la Persona

rubenyusta.ryt@gmail.com

PALABRAS CLAVE

Atención centrada en la persona, gerontología, personas mayores, intervención social.

RESUMEN

La atención Centrada en la persona supone uno de los modelos de atención que están llamados a cambiar el panorama actual en materia gerontológica. Pero, ¿dónde se sitúa el origen de este modelo?, ¿cuáles son sus principales propuestas? Este artículo pretende descubrir la razón de ser de la Atención Centrada en la Persona y hacer un breve recorrido por una de sus principales medidas: la retirada de sujeciones.

KEYWORDS

Person-centered care, gerontology, seniors, social intervention.

ABSTRACT

Person-Centred Care is one of the models of care that are called to change the current landscape in gerontology. But, where is the origin of this model? What are its main proposals? This article aims to discover the reason to be of Person-Centred Care and make a brief tour of one of its main measures: the removal of physical restrictions.

1. INTRODUCCIÓN.

El ámbito de la gerontología se encuentra en pleno crecimiento si atendemos a las estimaciones actuales en materia de envejecimiento; según los datos del Consejo Superior de Investigación Científica (CSIC) en el año 2050 en España, las personas mayores de 65 años representarán más del 30% de la población total y el número de personas mayores de 80 años llegarán a situarse en los 4 millones. Estos datos no solo nos muestran la evolución prevista en materia de envejecimiento de la población, también nos aporta información acerca de la situación que se vivirá dentro de unos años, donde el porcentaje de personas dependientes y, por tanto, susceptibles de necesitar atención profesional aumentará notablemente. En relación a estas estimaciones, el sector dedicado al cuidado y a la atención de las necesidades de las personas mayores está sufriendo un fuerte desarrollo tanto de las prestaciones como de los modelos de atención existentes. Los modelos de atención que más desarrollo y repercusión están teniendo en los últimos años son, sin duda, los relacionados con las teorías propias de los modelos de atención centrados en la persona.

La Atención Centrada en la Persona (ACP) supone un cambio fundamental en la atención sociosanitaria y residencial tal y como estaba planteada antes de la llegada de este modelo. Se trata de un cambio de rumbo y una ruptura con las teorías basadas en la institucionalización de los centros residenciales, dando paso a una atención individualizada del usuario donde comenzamos a priorizar aspectos tan importantes como la dignidad del mayor, el empoderamiento del usuario, la individualidad de la persona y la calidad de la propia atención, entre otros. Tal ha sido la repercusión de este modelo en el panorama residencial que actualmente la gran mayoría de los centros incluyen dentro de su plan estratégico bastantes aspectos propios de este modelo, entre los cuales destaca la retirada de sujeciones.

La ACP consiste en una combinación de diferentes técnicas de intervención que mejoran considerablemente las condiciones de vida de las personas mayores, y prácticamente todos los autores que se han dedicado a desarrollar este modelo concluyen que parte de un concepto fundamental: la calidad de vida. Este término, que en ocasiones puede parecer demasiado subjetivo y personal, marca el inicio de la razón de ser de este modelo de atención, mostrando desde un primer momento los objetivos y las metas del modelo: la mejora generalizada de la atención gerontológica y, por tanto, de las condiciones de vida del mayor.

Cabe destacar que este modelo no se trata únicamente de un método de trabajo válido para centros residenciales, aunque es aquí donde más desarrollo está teniendo; se trata de un modelo de intervención cuyas principales disposiciones son válidas a la hora de atender las necesidades de la población mayor y/o dependiente desde cualquier prestación o servicio dedicado a este colectivo.

2. MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADOS EN LA PERSONA.

Aunque la Atención Centrada en la Persona ha alcanzado su mayor desarrollo en los últimos años, su origen se atribuye principalmente a Carl Rogers, psicoterapeuta humanista que formuló la Terapia Centrada en el Cliente en 1961. La teoría humanista es fundamental a la hora de entender la ACP, ya que pretende alejarse de la idea de que el ser humano es la suma de sus partes para dar lugar a una definición de las personas como seres con experiencia, dignidad o interdependencia, valores fundamentales en el Modelo de Atención Centrada en la Persona. Pero este Modelo también debe su evolución a campos tan diversos como la medicina, la enfermería o la terapia ocupacional, entre otros.

Otra definición importante de la ACP, que es clave a la hora de desarrollar cualquier intervención, es la elaborada por Down Brooker (2004). Brooker formula el Modelo VIPS, con el que pretende desarrollar los elementos que componen la Atención Centrada en la Persona. Según esta autora la ACP es igual a la suma de V+I+P+S:

V: Valorar y respetar a la persona con demencia.

I: Individualización o trato individualizado a través de un plan de atención individualizada en relación a las necesidades actuales de la persona, las cuales están sujetas a cambios.

P: Perspectiva. Se debe comprender la situación de la persona con demencia con perspectiva, analizando de forma empática las diferentes reacciones del usuario/a en relación a su entorno y a todas las contingencias que la rodean.

S: Entorno Social positivo en el que la persona con deterioro tenga y perciba bienestar.

Pero si hay un documento clave a la hora de desarrollar los principales aspectos de este modelo en nuestro país ese es el Decálogo de la Atención Centrada en la Persona desarrollado por Teresa Martínez (2013). De este documento se desprenden nueve claves fundamentales del Modelo que, de ser aplicadas en un centro residencial o en un servicio geriátrico, se obtendrá una mejora general en la atención y, por tanto, una mejora en la calidad de vida de los usuarios:

Dignidad: La dignidad supone la piedra angular de todo el modelo. Medidas como la retirada de sujeciones se basan en los principios de dignidad y respeto en el cuidado de las personas dependientes, los cuales son fundamentales a la hora de entender la finalidad del modelo y su razón de ser.

Individualidad: Como bien indica el decálogo las personas son únicas y, por tanto, cada una tiene su propio proyecto vital, independientemente de que se encuentre en un centro residencial conviviendo con otras personas con patologías similares.

Biografía: La biografía de cada persona es fundamental a la hora de conocer al residente y de elaborar el plan de intervención en el centro. A partir de este concepto se desarrollan herramientas como el Plan de atención y vida o la propia Historia de Vida del usuario/a.

Autonomía: El principio de autonomía es fundamental a la hora de aplicar el Modelo ACP; cada persona tiene derecho a controlar su propia vida, independientemente de su estado físico o cognitivo.

Fortalezas y capacidades: El Modelo de ACP propone un giro a la hora de centrarnos en las fortalezas y capacidades en lugar de en las debilidades como en muchos casos se producía anteriormente. En este aspecto supone una reformulación del modelo de atención que se basa en la potenciación del usuario/a en lugar de proceder en función de las limitaciones.

Ambiente físico: El ambiente físico, y más concretamente los aspectos de accesibilidad, personalización y confort, rompen con la estética habitual de los grandes centros residenciales basados en el corporativismo y los espacios impersonales. Se trata de generar un espacio adaptado a las necesidades y preferencias del usuario/a que a su vez sirva para generar un espacio acogedor que facilite el reconocimiento por el propio residente como su hogar.

Actividades cotidianas: Las actividades cotidianas son fundamentales en el despliegue de este modelo ya que a través de ellas el/la usuario/a mantiene un desarrollo de sus capacidades físicas y cognitivas. Se proponen actividades “con sentido”, que estén adaptadas a las capacidades de los/as residentes y que tengan una finalidad concreta.

Interdependencia: Las relaciones sociales son fundamentales en nuestra vida y no podía ser de otra forma en el ámbito residencial. Por ello el Modelo de ACP destaca el efecto positivo de éstas en el desarrollo vital del mayor y potencia en todo momento la participación social de la familia, profesionales, conocidos y de todas las personas que forman parte del entorno vital del usuario/a. Todos estos agentes sociales tienen un papel fundamental en el desarrollo de la vida del residente.

Multidimensionalidad: Las personas somos seres multidimensionales y sensibles a cambios, por tanto las intervenciones que planteemos desde el Modelo de ACP deberán ser flexibles y adaptadas a los posibles cambios en el ciclo vital del mayor.

Es importante destacar que lo más adecuado a la hora de hablar sobre la ACP es referirse a “modelos de atención centrados en la persona”, en lugar de hacerlo como un único modelo, ya que podemos encontrar múltiples vías de desarrollo y diferentes formas de aplicar este tipo de intervención. Una de las principales variantes en relación a los modelos centrados en la

persona que encontramos en la actualidad es la definición de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) desarrollada por Pilar Rodríguez (2013), la cual supone una síntesis entre la Atención Centrada en la Persona y la Atención Integral, modelo de atención extremadamente extendido en la gerontología de nuestro país. La AICP es definida por la autora como el modelo de atención que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo desde el respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con la participación efectiva del usuario/a.

3. EL CUIDADO SIN SUJECIONES.

El cuidado sin sujeciones es una de las medidas más conocidas de los modelos centrados en la persona y, en muchos casos, supone su seña de identidad. Antes de entrar de lleno en este tema debemos tener claro que el cuidado sin sujeciones y la ACP no son sinónimos, sino que el hecho de desarrollar una atención gerontológica exenta de sujeciones es una de las muchas medidas que propone este modelo de atención. Si caemos en el error de asociar estos dos conceptos nos estaremos perdiendo muchas de las medidas que propone este modelo y que suponen un giro en la concepción de la atención gerontológica.

Uno de los principios que defiende la Atención Centrada en la Persona es la dignidad en el cuidado de las personas mayores, dignidad que se hace extensible a todas las personas, independientemente de su estado físico y/o cognitivo. Según recoge Teresa Martínez en el decálogo de la ACP, “todas las personas tenemos dignidad, independientemente de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo, la dependencia o cualquier otra circunstancia. Por este motivo deben ser tratadas dignamente y con respeto”. Es a partir de este concepto, la dignidad en los cuidados, de donde nace la importancia del cuidado o el trato sin sujeciones.

En líneas generales, y dejando a un lado las cuestiones éticas relacionadas con “atar” a una persona, el empleo de sujeciones en cualquier ámbito trae consigo una serie de consecuencias negativas para la persona, las cuales se agravan aún más cuando nos referimos a un grupo de personas cuyas condiciones físicas están afectadas por diversas enfermedades o síndromes propios de la edad. Entre las consecuencias de la utilización de sujeciones podemos destacar:

- Aumento de las úlceras por presión.
- Reducción de la movilidad.
- Aumento de la incontinencia.
- Mayor probabilidad de infección del tracto urinario.
- Riesgo de asfixia.
- Osteoporosis y osteomalacia.
- Restricciones articulares y musculares.
- Alteraciones psicológicas: ira, sentimientos de vergüenza, ansiedad o depresión.

Por todos estos motivos se entiende a la perfección que un modelo que busca la dignidad y la autodeterminación de los usuarios adopte una medida como es la retirada o el no uso de sujeciones. Pero ¿cómo funciona este modelo en términos de seguridad e integridad de los usuarios?

Sin duda nos encontramos ante una de las resistencias más comunes a la hora de plantearnos la utilización de un modelo de atención sin sujeciones: la seguridad. En este sentido los modelos centrados en la persona proponen técnicas alternativas que cumplan con las funciones de prevención de las sujeciones evitando “atar” a la persona a la que se está atendiendo. En este sentido es importante tener en cuenta que no se trata de una mera sustitución de la técnica restrictiva, sino que esta técnica está basada en el estudio de cada caso de forma individualizada para encontrar la praxis o el método más correcto para garantizar la seguridad de la persona limitando al mínimo las restricciones de movimiento. Este estudio individualizado del caso será llevado a cabo por un equipo multidisciplinar y en él es recomendable que participe el entorno sociofamiliar del usuario y, en los casos que sea posible, la propia persona. Este plan de atención deberá llevarse a cabo de forma sosegada, cuidando en todo momento la consecución del objetivo principal y centrándonos únicamente en la mejora de las condiciones de vida del mayor en lugar de perseguir la mera eliminación de la sujeción.

Aunque encontramos múltiples formas de llevar a cabo este proceso, los principales pasos que suelen llevarse a cabo a la hora de iniciar una retirada de sujeciones en un centro gerontológico son:

1. Formación/Concienciación del personal del centro: El primer paso de nuestro proyecto será formar y concienciar a todos los trabajadores del centro acerca del proceso que va a llevarse a cabo. Se trata de un paso fundamental en el que todas las personas implicadas deberán tener claros los principios fundamentales de la Atención Centrada en la Persona. De esta forma conseguiremos dotar de significado al proyecto, logrando la implicación y el entendimiento de los trabajadores en todo el proceso.

En este momento también se formará lo que en la ACP se conoce como grupos de liderazgo o equipo líder, formados por trabajadores del centro que serán los encargados de llevar el peso de la implantación de esta medida. Es fundamental que seamos capaces de identificar las fortalezas del grupo profesional, potenciándolas y persiguiendo que éstas tengan más peso que las resistencias propias que se generan ante un cambio de modelo de atención.

En esta fase tendremos que trabajar con los órganos directivos y organizativos del centro, siendo fundamental para conseguir el éxito en el desarrollo de la medida que queremos implantar en el centro.

2. Concienciación y compromiso familiar: El Modelo de Atención Centrada en la Persona toma al entorno sociofamiliar del usuario como un apoyo más a la hora de desarrollar cualquier proyecto en relación al mayor. Por este motivo los familiares serán claves en este proceso de cambio, teniendo un papel relevante en todo el proyecto. Una vez que los profesionales que trabajan en el centro están formados e informados de lo que va a llevarse a cabo, llegará el momento de trasladar esta información a los familiares y, si fuera posible, a los usuarios. Se trata nuevamente de eliminar resistencias y, en este caso, miedos relacionados con la seguridad y con la integridad de los mayores. Es habitual que en los centros residenciales sean los propios familiares los que no quieren que se elimine una sujeción, ya que en ocasiones se relaciona la seguridad y la ausencia de caídas con esta práctica. Por este motivo es fundamental que cuidemos el desarrollo de esta etapa y que seamos capaces de trasladar los beneficios de los modelos basados en la ACP y los riesgos que entraña para una persona mayor el uso de sujeciones.

En algunos centros este compromiso familiar se escenifica a través de la firma de un documento en el momento de la retirada de la sujeción o incluso en el ingreso de un nuevo residente, donde aparezca el desarrollo de un modelo de atención sin sujeciones o basado en la Atención Centrada en la Persona.

3. Análisis generalizado de la situación del centro: Antes de iniciar la retirada de sujeciones tendremos que hacer un análisis general de cómo se está procediendo en el centro, se trata de una observación acerca de los principales protocolos y técnicas que se desarrollan en la residencia. Tras este análisis no solo obtendremos el número total de sujeciones que se emplean en el centro, sino que también podremos observar la tipología predominante de éstas, la razón o razones fundamentales que llevan al empleo de esta técnica y, en definitiva, tendremos una visión generalizada del trabajo que se está llevando a cabo en el centro.

4. Estudio individualizado de cada caso: Teniendo en cuenta que nos encontramos ante una medida propia de la ACP tendremos que analizar cada caso de forma individualizada. Se trata de un análisis en el que se incluirán no solo los elementos conductuales que han llevado a la utilización de la sujeción, sino también los elementos o síndromes que provocan esta conducta. Analizaremos por tanto elementos relacionados con la biografía personal del usuario, su comportamiento, su estado físico y/o cognitivo y, en definitiva, todos los aspectos relevantes de la persona que nos ayuden a acercarnos a su situación y a encontrar medidas alternativas a la sujeción física que se está utilizando. Es muy importante que esta fase sea llevada a cabo de forma tranquila y sin prisas, ya que un error en este momento podría provocar la pérdida de la confianza del usuario, de su entorno sociofamiliar o incluso de los profesionales que están trabajando en el caso. Por ello es ahora más que nunca cuando tomará un valor fundamental el trabajo en equipo de todo el grupo multidisciplinar del centro, aportando ideas y tomando parte en el diseño del nuevo plan de atención del usuario.

5. Implantación progresiva: Aunque no supone una fase en sí misma, debemos tener en cuenta que la implantación de estas medidas deberá ser progresiva. Se trata de un cambio de “cultura” en el centro, por ello no tendremos que marcarnos objetivos muy ambiciosos en un primer momento, ya que esto podría provocar la pérdida de la confianza de cualquiera de los agentes sociales que intervienen en el centro.

Por ello una buena forma de comenzar con esta eliminación de las sujeciones será empezar a trabajar con las personas que ingresan en centro, iniciando su atención sin la utilización de estas medidas. Posteriormente se pasará a tratar los casos que ya llevan un tiempo en el centro, dejando para el final los casos más complicados o en los que más resistencias sabemos que vamos a encontrar. De esta forma el equipo multidisciplinar del centro habrá tenido una cantidad suficiente de éxitos como para enfrentarse a estos casos más complicados con seguridad y con la convicción de que es posible otra forma de intervención.

6. Seguimiento del proceso y de los resultados: Como todo nuevo proyecto que realicemos será necesario que hagamos un seguimiento del proceso y de los resultados finales. Este seguimiento no solo nos servirá para conocer el número total de sujeciones que hemos retirado, sino que a través de él comprobaremos la viabilidad de nuestro proyecto, la acogida que está teniendo la medida en el centro y, sobre todo, detectar si la forma en la que estamos procediendo es la adecuada. Obviamente es fundamental tener en cuenta que no se está persiguiendo la obtención de datos numéricos u objetivos, la finalidad de esta medida es la mejora de la dignidad y de la calidad de vida de los usuarios.

4. LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA Y LA ACP EN LA ACTUALIDAD.

Actualmente detectamos que los modelos de atención centrados en la persona se han convertido en sí mismos en uno de los principales avances en materia de intervención en el ámbito de la gerontología. La mayoría de los centros dedicados al cuidado de las necesidades de las personas mayores contemplan en su hoja de ruta alguna de las medidas clave de este tipo de modelos de intervención. Por todo esto actualmente nos encontramos en un escenario en el que la mayoría de centros que basaban su filosofía en una Atención Integral o, lo que es lo mismo, la atención de la mayor parte de las necesidades del residente a través de un equipo multidisciplinar dentro del propio centro, van adaptando su forma de proceder según algunas de las pautas propias de la ACP. De esta manera observamos una gran diversidad a la hora de intervenir dentro del ámbito de la gerontología y un abanico más amplio de prestaciones y servicios, generando de esta forma múltiples centros y modelos de intervención.

Dentro de esta nueva concepción del cuidado hay una medida que destaca sobre el resto y está teniendo una mayor repercusión dentro del planteamiento de la ACP. Esta medida no es otra que la intervención gerontológica basada en la no utilización de sujeciones, lo cual choca de forma directa si revisamos la cultura en materia de sujeciones de nuestro país. España,

en líneas generales, tiene una visión “permissiva” con las sujeciones físicas en el ámbito de la geriatría; esto es debido a la falta de concienciación e información en cuanto a los métodos basados en la ACP que puedan garantizar la seguridad y bienestar del usuario sin necesidad de recurrir a estos elementos mecánicos. Una muestra de la aceptación generalizada existente en España respecto al uso de sujeciones la podemos ver al comparar los datos mostrados en el estudio llevado a cabo por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA, 2011) en materia de restricciones físicas entre nuestro país y el resto de países de la Unión Europea; mientras que países como Italia o Alemania se encuentran en torno a un 15%, Reino Unido en un 4% o Dinamarca un 2%, España cuenta con un 23% de personas en residencia que utilizan algún tipo de sujeción, datos que alarman, no solo a los profesionales nacionales que están intentando reducir esta cifra, sino a los profesionales europeos que año tras año visitan nuestro país.

Estos datos, por tanto, reproducen la realidad de la gerontología española, la cual se caracteriza por la inclusión de nuevas técnicas relacionadas con el cuidado y que tienen que ver principalmente con la Atención Centrada en la Persona; pero, como vemos en los datos recogidos por CEOMA, la realidad nos sigue mostrando una cultura permisiva con las medidas de sujeción la cual, en palabras del Director Técnico del Programa “Desatar al anciano y enfermo de Alzheimer”, Antonio Burgueño (2011), España abusa de esta práctica, lo cual puede rebasar la línea roja en la defensa de derechos fundamentales y la libertad del usuario. De esta manera podríamos afirmar que nos encontramos en un proceso evolutivo en cuanto a la atención gerontológica se refiere, influenciada en gran medida por el aumento significativo del número de personas mayores que se prevé para las próximas décadas y, por otro lado, con el desarrollo y la expansión de los nuevos modelos de atención.

5. CONCLUSIONES.

Como hemos podido comprobar en el desarrollo de los principios básicos de este modelo, la Atención Centrada en la Persona se presenta como un modelo de atención que pretende cambiar la concepción que teníamos hasta el momento de la atención gerontológica. En la actualidad pocos son los centros o servicios geriátricos que no cuentan entre sus principales medidas con acciones o intervenciones basadas en la ACP. Por todo esto nos encontramos ante lo que podríamos llamar un salto en la evolución de la atención al mayor, lo cual sin duda supone una reacción necesaria ante el inminente aumento de la población mayor de 65 años que está previsto que suceda en las próximas décadas.

En cuanto a las principales medidas que propone este modelo es fundamental destacar la importancia que se da a conceptos básicos en la atención sociosanitaria como son la dignidad en el cuidado, la calidad de vida de la persona y el derecho de autodeterminación del mayor. Estos conceptos, que en un primer momento parecen indivisibles a la propia condición del ser humano, en ocasiones pueden ser obviados en la atención gerontológica y es por ello por lo que suponen la piedra angular de los modelos centrados en la persona.

En relación a la retirada de sujeciones, concluimos que se trata de la medida más extendida y más representativa del modelo, la cual no debería eclipsarnos el resto de propuestas que presenta la ACP en el ámbito gerontológico. Es importante tener en cuenta la razón de ser de esta medida, que no es otra que la conservación de la dignidad del usuario, el empleo de cuidados más efectivos y con menos efectos adversos y, en definitiva, la promoción de la libertad de acción y movimiento del mayor. De esta forma será fundamental tener claros estos aspectos, huyendo en todo momento de los posibles fines comerciales que un centro libre de sujeciones puede llegar a generar.

Por todo esto la Atención Centrada en la Persona se presenta como un modelo de atención gerontológica que busca la mejora de las condiciones de vida del usuario, a través del desarrollo de métodos dirigidos de forma directa e individualizada. Este tipo de medidas pueden ser desarrolladas en mayor o menor medida en los diferentes centros, prestaciones y servicios dedicados al ámbito de la gerontología y, en la actualidad, los resultados en cuanto a la aplicación de estos modelos están siendo muy positivos; aunque también cabe destacar que se trata de un método de intervención que se encuentra en pleno desarrollo e implantación en los centros de nuestro país, por lo que aún es pronto para hablar de forma concisa del alcance de la implantación de este tipo de modelos de cuidado.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Brooker, D. (2004). What is person-centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215–222.

Burgueño, A. (2011). Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA).

Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) (2011). X Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Albacete. España.

Edvardsson, D., Winblad, B., y Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7, 4, 362 – 367.

Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa publicada el 28 de octubre de 2014 “Proyección de la Población de España 2014–2064”. Extraído el 12/10/2018 de <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>

Kitwood, T., Benson, S. (1995). *The New Culture of Dementia Care*. Hawker Publications Ltd.
Martínez, T. (2013). *La Atención Centrada en la Persona*. Recuperado de www.acpgerontologia.com
Martínez, T. (2013). *Avanzar en AGCP. Marco y fases para liderar un cambio de modelo*.

Red Zona Calidad (2015). Vencer resistencias en el progreso hacia la atención centrada en la persona. Estrategias y técnicas para abordarlas. Serie docs.ZonaCalidad, No 2. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

Rodríguez, P. (2013). La Atención Integral y Centrada en la Persona. Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía personal No1.

Rogers, C. (1961). On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable.

