

Estructura de los objetivos terapéuticos formulados por fonoaudiólogos/as en la intervención de usuarios/as con necesidades vocales

Structure of treatment goals set by expert voice-specialized speech-language pathologists for patients with vocal needs

Jaime Crisosto-Alarcón¹ 

Arturo Flores² 

¹ Universidad del Bío-Bío, Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Departamento de Ciencias de la Rehabilitación en Salud, Chillán, Chile.

² Universidad San Sebastián, Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Odontología Ciencias de la Rehabilitación, Concepción, Chile.

Estudio realizado en la Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile y la Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

Fuente de financiamiento: Grupo de Investigación Communication, Societies & Cultures [GI2309834] de la Universidad del Bío-Bío; Sociedad Chilena de Fonoaudiología (SOCHIFO)

Conflicto de intereses: Inexistente

Dirección para correspondencia:
Jaime Crisosto-Alarcón
Universidad del Bío-Bío, Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos
Avenida Andrés Bello #720, Chillán
Código Postal 3810189 - Ñuble, Chile
E-mail: jcrisosto@ubiobio.cl

Recibido en: 01/12/2023
Recibido en forma revisada: 23/01/2024
Aceptado en: 08/02/2024

RESUMEN

Objetivo: determinar la estructura de los objetivos operacionales formulados por los/las fonoaudiólogos/as en las planificaciones terapéuticas para usuarios con necesidades vocales.

Métodos: investigación documental transversal en que se analizaron 129 objetivos operacionales propuestos en las planificaciones terapéuticas de 30 fonoaudiólogos/as. Estos objetivos se sometieron a un proceso de análisis temático y se organizaron según el contenido terapéutico abordado. Se examinó la inclusión de la noción de usuario en la redacción, la declaración de una finalidad específica, el método para alcanzarla y la presencia de criterios de logro.

Resultados: de la totalidad de objetivos analizados, la mayoría corresponde a aquellos que están orientados a la modificación de parámetros vocales (67.4%). En menor medida, están representados los contenidos referentes a tonicidad muscular (13.8%), educación e higiene vocal (10%), respiración (7.75%) y postura (1.55%). Del total, un 82.17% incluye la noción de usuario, un 88.37% señala el método, el 100% indica la finalidad y un 52.71% declara los criterios de logro utilizados. Un 17.05% incluye otros componentes en su estructura.

Conclusiones: la diversidad en la formulación de los objetivos evidencia distintas visiones acerca del proceso terapéutico por parte de los profesionales involucrados.

Descriptores: Disfonía; Planificación; Toma de Decisiones Clínicas; Logro; Entrenamiento de la Voz

ABSTRACT

Purpose: to determine the structure of treatment goals set by expert voice-specialized speech-language pathologists in treatment plans for patients with vocal needs.

Methods: a cross-sectional documentary research was conducted to analyze 129 treatment goals proposed in treatment plans by 30 expert voice-specialized speech-language pathologists. These goals were thematically analyzed and organized according to the therapeutic content addressed. The goals including the notion of patient in their wording, the statement of a specific purpose, the method for achieving it, and the presence of outcome criteria, were evaluated.

Results: most treatment goals analyzed correspond to those aimed at modifying vocal parameters (67.4%). The contents referring to muscle tone (13.8%), vocal hygiene and education (10%), breathing (7.75%), and posture (1.55%) are represented to a lesser extent. From the total number of treatment goals analyzed, 82.17% include the notion of patient, 88.37% indicate the method, 100% indicate the purpose, 52.71% state the outcome criteria used, and 17.05% include other components in their structure.

Conclusions: diversity in goal setting shows different visions by the professionals involved in the therapeutic process.

Keywords: Dysphonia; Planning; Clinical Decision-Making; Achievement; Voice Training



INTRODUCCIÓN

En las ciencias de la rehabilitación, los objetivos terapéuticos son entendidos como marcos definidos para el abordaje de funciones específicas respecto de las cuales el/la usuario/a logra mejorar sus niveles de desempeño. Ello a través de un procedimiento clínico particular llevado a cabo por un profesional de la salud¹.

En general, se acepta que los objetivos deben ser medibles y que en su proceso de conformación el/la usuario/a debe participar activamente. Sin embargo, no existe una forma única de redactarlos², ni suficiente claridad respecto de las metodologías de medición de estos.

Debido a lo anteriormente expuesto, la estructura de los objetivos terapéuticos en la intervención fonoaudiológica ha sido un punto de conflicto común entre profesionales con diferentes antecedentes, teorías sobre el tratamiento, lugares de trabajo variados y/o usuarios/as con características distintas, lo cual podría dificultar la comunicación de los procesos de organización terapéutica entre distintos profesionales, incluso dentro de los equipos interdisciplinarios que atienden a los/las usuarios/as^{2,3}.

Adicionalmente, en el área de la atención de las dificultades vocales, se observa que la redacción de los objetivos es susceptible de variar según la filosofía de rehabilitación seleccionada por el/la terapeuta para abordar las necesidades de el/la usuario/a³. Investigaciones anteriores han concluido que existe una carencia de acuerdo respecto de la estructura de la planificación terapéutica para el abordaje de usuarios/as con necesidades vocales⁴, lo que evidencia la carencia de una estructura común en la formulación de los objetivos terapéuticos para el abordaje fonoaudiológico de usuarios/as con necesidades vocales.

La importancia de la planificación terapéutica

La planificación terapéutica es un proceso que surge a partir de la identificación de los problemas y necesidades de los/las usuarios/as a través de la evaluación fonoaudiológica⁵. Este proceso considera la formulación de los objetivos terapéuticos, lo cual resulta un aspecto central y poderoso para garantizar un proceso de rehabilitación eficaz^{6,7}.

La planificación es un proceso complejo⁶ que requiere de un análisis crítico de la información recabada en la evaluación con el fin de identificar los hallazgos clínicos y con ello, los contenidos de la

intervención, para luego llevar a cabo la selección de técnicas y/o herramientas terapéuticas que permitan que el/la usuario/a progrese en un tiempo determinado⁸. El establecimiento de metas y el monitoreo de los logros de los/las usuarios/as son un aspecto primordial dentro de la rehabilitación. Sin embargo, la evidencia detrás de esta práctica es limitada y los procesos de planificación son variables, ya que dependen de la formación profesional, la experticia en el área, la orientación terapéutica, el lugar de trabajo, entre otros factores⁹.

La rehabilitación es más eficaz cuando el proceso de planificación y planteamiento de objetivos está centrado en el/la usuario/a y considera tanto sus propias percepciones, como las de los/las profesionales de la salud tratantes⁷. No obstante, la necesidad de considerar en el proceso información proveniente de diversas fuentes puede llevar al uso de estrategias terapéuticas erróneas, producir una contraposición de puntos de vista sobre la situación de salud de el/la usuario/a, generar dificultades en la comunicación en la diada usuario/a - terapeuta o, incluso, desencadenar una falta de adherencia a la terapia⁵. Dado lo anterior, mantener una comunicación fluida entre todos los actores relevantes de modo que sea posible maximizar la socialización de la planificación terapéutica permite, por una parte, evitar el desarrollo de estas dificultades y por otra, potenciar los resultados del proceso terapéutico.

Según la American Speech-Language-Hearing Association, la planificación terapéutica debe considerar el uso de la voz en los diferentes entornos en los que el/la usuario/a se desenvuelve en su vida diaria¹⁰. A partir de dicha consideración, se determinan las necesidades vocales que serán abordadas en la intervención fonoaudiológica y se establecen metas en concordancia. Se sugiere la adopción de, al menos, un enfoque directo y uno o más enfoques indirectos, decisión que debe estar basada en la condición vocal de el/la usuario/a y sus expectativas de tratamiento¹⁰.

Modelos de planificación terapéutica

En la actualidad, existen propuestas que permiten organizar, en términos generales, la planificación terapéutica. En este sentido, la planificación se organiza en dos o tres niveles jerárquicos que difieren en la concreción del objetivo planteado; en un nivel superior, se distingue el objetivo general que representa la meta global de la intervención terapéutica y que, a causa de su naturaleza, no requiere ser establecida con

criterios de logros medibles¹¹. Esto debido a que su rol es direccionar los esfuerzos terapéuticos de modo convergente, pero no representa el nivel de concreción necesario como para establecer mecanismos de monitoreo operacionales a nivel intraterapéutico. Este objetivo ha sido denominado “aim”, en inglés, en el modelo Rehabilitation Treatment Specification System (RTSS)^{12,13}. La elaboración de este objetivo dependerá de la condición de salud de el/la usuario/a y de sus posibilidades de rehabilitación, considerando el diagnóstico otorrinolaringológico, la información obtenida en la evaluación clínica y el análisis de los factores contextuales¹⁴. En condiciones particulares, además puede resultar indispensable la formulación de un objetivo relativo al ajuste psicosocial requerido por la nueva condición comunicativa de el/la usuario/a, tanto por parte de el/la propio/a usuario/a como por parte de los individuos relevantes de su entorno¹⁵.

La operacionalización del objetivo general o de largo plazo permite descomponer la abstracción de la meta terapéutica global en acciones concretas, de modo que estas puedan ser observadas, monitoreadas y evaluadas. Así, los contenidos terapéuticos, que en su naturaleza son abstractos, resultan susceptibles de ser verificados en la situación de terapia mediante objetivos operacionales o de corto plazo¹⁶. Estos objetivos han sido denominados “targets”, en inglés, en el modelo RTSS^{12,13}.

En algunas propuestas de planificación se incluye además un objetivo específico, el que ocupa un grado intermedio de operacionalización y funciona como nivel de paso al permitir una adecuada organización temática de los contenidos terapéuticos¹⁷.

Se han presentado diversas propuestas para adaptar el proceso de intervención terapéutica a diferentes marcos conceptuales. Sin embargo, se le ha otorgado una baja relevancia a la formulación de objetivos terapéuticos en estas propuestas. En la actualidad, en términos generales, una de las filosofías más utilizadas es la estrategia SMART, la que sostiene que los objetivos de mayor nivel de concreción deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y tener un marco temporal definido^{9,18-21}. No obstante, a pesar de que es considerada una estrategia estándar para la formulación de objetivos en las ciencias de la rehabilitación, ha recibido críticas significativas por su excesiva rigidez, limitado alcance y la nula incorporación de la opinión de el/la usuario/a en el modelo²², aunque esto último ha sido discutido y considerado en algunas interpretaciones del modelo^{23,24}. Lo

anterior ha determinado que incluso se haya llegado a proponer nuevos paradigmas en la materia, tales como: el modelo SMARTER, el cual permite a los/las fonoaudiólogos/as trabajar junto con los/las usuarios/as de manera colaborativa, creando un ambiente de respeto mutuo, accesibilidad, receptividad y flexibilidad que mejora el proceso terapéutico^{25,26}; el modelo MEANING, que es propuesto como enfoque para establecer objetivos sobre la base de la teoría de la autorregulación²⁷; o el modelo GAS, acrónimo para Goal Attainment Scale, que propone una serie de niveles respecto de la consecución del objetivo^{28,29}.

Planificación terapéutica en el área vocal

En particular, en el área vocal, la propuesta de Ma et al.³⁰ organiza el enfoque terapéutico basándose en las categorías establecidas por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud³¹, pero no ofrece un modelo sobre la estructura de los objetivos terapéuticos o la planificación terapéutica en sí misma.

La propuesta de Van Stan et al.³² presenta una taxonomía específica para la terapia vocal que se ajusta a las lógicas internas de las técnicas y métodos utilizados en la intervención fonoaudiológica. Esta taxonomía clasifica los procedimientos de intervención que el terapeuta puede utilizar como herramientas, pero tampoco incluye recomendaciones sobre la planificación terapéutica en relación con la formulación de objetivos.

El modelo de Crisosto ofrece una organización general respecto de la planificación terapéutica en el área, estableciendo una serie de etapas que son necesarias para la formulación de objetivos¹⁴. Dada la amplitud de la propuesta, este modelo no especifica una estrategia particular para la formulación de los objetivos operacionales y, en conformidad, recomienda el uso del modelo SMART. La misma recomendación se plantea en el modelo de Castillo-Allendes & Fouilloux, en el que, además, se indican como elementos formales del objetivo la tarea a realizar asociada a su impacto funcional, el criterio de logro y el grado de ayuda³³.

El reciente modelo RTSS-Vocal proporciona una serie de objetivos de tipo “target” específicos para la terapia vocal y las acciones terapéuticas necesarias para su logro denominadas “ingredientes”, así como su mecanismo de verificación o criterio de logro³⁴. Este último modelo representa un importante salto

cualitativo de las propuestas anteriores, ya que permite organizar de manera adecuada la intervención y se establece como insumo de gran relevancia para la planificación terapéutica, aunque presenta algunas limitaciones derivadas de la propia estructura RTSS y no considera aspectos particulares propios de las condiciones contextuales y temporales en las que se desarrolla la intervención terapéutica. Además de los elementos ya descritos, Crisosto & Flores consideran que, en el mismo contexto de la planificación de la intervención vocal, la noción de usuario/a debe hallarse incorporada en el objetivo terapéutico, a modo de evidenciar el rol activo que desempeñaría el/la usuario/a en el curso de la terapia y en su involucramiento en la organización del plan de intervención⁴.

El objetivo de esta investigación es determinar la estructura de los objetivos terapéuticos planteados por los/las fonoaudiólogos/as en el marco de las intervenciones terapéuticas de la voz de sujetos que refieren queja vocal, lo que permite conocer el razonamiento subyacente a los procedimientos clínicos empleados en el abordaje terapéutico y facilitar la comunicación entre los/las fonoaudiólogos/as dedicados al área de la voz, el resto del equipo de salud y los/las propios/as usuarios/as.

La pregunta de investigación que guía el proceso de investigación es “¿cómo se estructuran los objetivos terapéuticos formulados por los/las fonoaudiólogos/as en el abordaje de usuarios/as con necesidades vocales?”.

MÉTODOS

Diseño

Investigación documental cualitativa no randomizada con temporalidad transversal. Se emplea un enfoque postpositivista, en la medida en que el foco de análisis no considera a los sujetos ni a los contextos particulares, sino que está centrado solo en el contenido de las planificaciones terapéuticas de manera aislada³⁵. El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios de Santiago, Chile (N°134/2022). Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Participantes y documentos de análisis

Se empleó un muestreo no probabilístico por juicio. Se realizó un llamado abierto a través de redes sociales a fonoaudiólogos/as que desearan participar del estudio presentando planificaciones terapéuticas

anonimizadas de sesiones terapéuticas que hubieran llevado a cabo con usuarios/as con dificultades vocales y también se contactó directamente a diversos profesionales del área invitándoles a participar. A su vez, se empleó un mecanismo de muestreo tipo bola de nieve para contactar a nuevos participantes, de modo que cada participante referenció al menos a un/a fonoaudiólogo/a más para participar en el proceso, de ser posible. Esta etapa fue llevada a cabo entre septiembre de 2022 a enero de 2023.

Si bien la población estuvo conformada por el universo de fonoaudiólogos/as dedicados/as a la atención de usuarios/as con necesidades vocales, la muestra estuvo integrada por los objetivos presentes en las planificaciones terapéuticas que hubieran planteado dichos/as profesionales para el abordaje de estos/as usuarios/as. Tanto el/la fonoaudiólogo/a como el/la usuario/a para quien fue aplicada dicha planificación fue anonimizado en el análisis. La anonimización de el/la usuario/a fue solicitada a el/la profesional participante antes del envío del documento, de modo que en él no hubiera datos que contribuyeran a una eventual individualización de el/la usuario/a. En este entendido, cada participante debió completar una ficha de participación en la cual se solicitó, además de la planificación terapéutica, información acerca de sus años de experiencia laboral clínica y/o académica, los estudios de postgrado en el área vocal que poseía, el diagnóstico otorrinolaringológico de el/la usuario/a informado/a, el número de sesión informada y una declaración respecto de si la planificación terapéutica había sido usada en el marco de una actividad universitaria con estudiantes de internado de fonoaudiología.

Para que una planificación terapéutica fuese incluida en el análisis debía cumplir con los siguientes criterios: (1) debía estar planteada por un profesional fonoaudiólogo, (2) debía considerar la realización de una intervención fonoaudiológica vocal en usuarios/as con patología y/o discomfort vocal, para lo cual se hubiera(n) planteado un(os) objetivo(s) terapéutico(s) explicitado(s) en el documento y (3) que los objetivos planteados fueran de tipo operacionales o a corto plazo. Se excluyeron planificaciones terapéuticas (1) de abordajes grupales, (2) de intervenciones que utilizaran cualquier método de compensación vocal sin emisión de fuente glótica, (3) de abordajes que emplearan exclusivamente estrategias indirectas de intervención vocal o (4) que respondieran a un formato de planificación preestablecido por el establecimiento

clínico en el que los servicios fonoaudiológicos habían sido realizados.

Bajo las condiciones anteriores participaron 30 fonoaudiólogos/as, con un promedio de 9.1 años de experiencia profesional. El 100% declaró tener experiencia en docencia universitaria. Asimismo, la totalidad señaló contar con estudios de especialización profesional en el área vocal. Respecto de las características de los/las usuarios/as informados/as, 21 presentaban un diagnóstico otorrinolaringológico instrumental y 9, no. De los sujetos diagnosticados informados, 12 presentaron una disfonía orgánica, 3 una disfonía mixta y 6 una disfonía funcional. La moda fue que los/as fonoaudiólogos/as reportasen la tercera sesión, aunque se informó desde la primera a la catorceava sesión. Del total de 30, 23 planificaciones fueron empleadas en el contexto de docencia clínica, esto es, en conjunto con estudiantes de último año de fonoaudiología para la atención de un/a usuario/a. Las 7 planificaciones restantes fueron en el contexto del ejercicio profesional personal de cada fonoaudiólogo/a.

Procedimiento de análisis

Fueron analizados los objetivos operacionales con la finalidad de identificar una posible estructura en su redacción a partir de un modelo de análisis de contenido temático³⁶. De acuerdo con la naturaleza exploratoria del diseño de investigación, no se plantea una hipótesis de trabajo³⁷. El análisis de contenido empleado estuvo enfocado en las características formales de los objetivos. Este método permite a los investigadores acceder de manera indirecta a la concepción terapéutica que tienen los/las fonoaudiólogos/as al intervenir la voz de un/a usuario/a y develan la direccionalidad y los métodos empleados para el monitoreo del abordaje terapéutico.

Se distribuyó la información en una matriz para su análisis cualitativo. Esta matriz se construyó sobre la base de tres categorías apriorísticas de clasificación: (a) la finalidad, (b) un método para lograr dicho fin, (c) la noción de usuario y (d) criterio de logro. Dado el empleo de un formato de análisis abierto y que consideraba la posibilidad de incluir categorías emergentes en el proceso, en el curso del mismo se incluyó la categoría (e) otros componentes, para hacer referencia a cualquier componente que estuviera presente en el objetivo analizado y que no pudiera ser calificado en las dimensiones previamente señaladas. No se incluyeron otras categorías de análisis emergentes debido a que los objetivos no presentaron otro tipo de información

distinta de la ya especificada. Los objetivos fueron agrupados respecto del subsistema que explícitamente era declarado.

En cuanto a las categorías de análisis, la 'noción de usuario/a' hace referencia a que el/la paciente se encuentre incorporado/a en la redacción del párrafo donde se explicita el objetivo terapéutico como el sujeto sobre el cual se aplican los procedimientos terapéuticos. Se consideró como 'método' a la indicación explícita de un procedimiento mediante el cual se puede lograr la finalidad propuesta, es decir, una estrategia específica o técnica terapéutica a través de la cual se interviene a el/la usuario/a. Se estableció como 'finalidad' a la indicación explícita de una meta de rehabilitación determinada, en torno a la cual los esfuerzos terapéuticos convergen en conjunto para su consecución. En la categoría 'criterio de logro' se incluyeron los mecanismos declarados para la verificación del logro del objetivo y fueron clasificados, luego, según su naturaleza: 'cuantitativos' cuando dicho criterio hiciera referencia a una medida contable porcentual o no porcentual para el monitoreo, 'cualitativos' cuando el criterio hiciera referencia a una estrategia cualquiera no cuantificable de verificación, independientemente de su naturaleza, o 'mixtos', en el caso de que hayan sido propuestos medios de verificación cuantitativos y cualitativos, a la vez, para el monitoreo de la consecución del objetivo. En la categoría 'otros componentes' se incluyó: (a) la subcategoría 'componente de ayuda', para aquellos objetivos que declararon explícitamente la presencia de una 'ayuda' con la que el usuario lograra la finalidad propuesta; (b) la subcategoría 'componente de contexto', para aquellos objetivos que determinaron explícitamente un contexto particular en el cual la meta terapéutica debía evidenciarse; y (c) la subcategoría de 'componente de apoyo', para los objetivos que indicaron explícitamente la necesidad de incorporar un 'apoyo' que permitiera la consecución del objetivo.

Se organizaron los objetivos respecto del contenido terapéutico abordado, agrupándolos sobre las categorías 'educación e higiene', 'postura', 'respiración', 'tonicidad muscular' y 'parámetros vocales'. Esta última categoría fue especificada en dos subcategorías: en la primera, denominada 'parámetros locutivos', fueron agrupados los objetivos en los que eran establecidas finalidades en cuanto a la voz de los/las usuarios/as y no de sus características laríngeas, es decir, aspectos como calidad de la emisión, volumen, altura y extensión tonal, ataque vocal, quiebres

tonales, prosodia, colocación, resonancia, mordiente, articulación, apertura bucal y presencia de temblor³⁸; mientras que en la segunda subcategoría, 'parámetros laríngeos', fueron incluidos aquellos objetivos en los que se establecían finalidades respecto de la laringe de los individuos, por ejemplo, modificación del cierre glótico, reabsorción de lesiones, eliminación de la interferencia supraglótica y aproximación mediana de las cuerdas vocales.

RESULTADOS

De las 30 fichas recibidas en la recolección de datos, 2 de ellas no tenían objetivos operacionales, por lo que fueron descartadas. En tales casos, solo se informaban las actividades desarrolladas en el contexto de la sesión terapéutica. De los 28 documentos restantes, se obtuvieron 131 objetivos, de los cuales 2 correspondían

a objetivos referentes a la intervención de la deglución, por lo que fueron excluidos del presente análisis.

En consecuencia, los resultados que se presentan corresponden al análisis estructural de los 129 objetivos operacionales seleccionados en base a la presencia de (a) noción de usuario, (b) método, (c) finalidad, (d) criterio de logro y/o (e) otros componentes. La Tabla 1 muestra la distribución de los objetivos que fueron analizados en la investigación, en donde se advierte que el 67,44% corresponde a objetivos operacionales referentes a la intervención de parámetros vocales, 13,8% a la tonicidad muscular, 10,08% a la educación e higiene vocal, 7,75% a la respiración y 1,55% a la postura. No se observaron objetivos que declararan finalidades para más de un subsistema, por lo que la correspondencia de cada objetivo a cada subsistema es unívoca.

Tabla 1. Análisis estructural de objetivos operacionales

Subsistemas abordados	Noción de usuario	Método	Finalidad	Criterio de logro	Otro componente
Educación e higiene N=13, 10.08% del total (n,%)	10 (76,92%)	9 (69,23%)	13 (100%)	1 (7,69%)	-
Postura N=2, 1.55% del total (n,%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	-	-
Respiración N=10, 7.75% del total (n,%)	8 (80%)	8 (80%)	10 (100%)	4 (40%)	1 (10%)
Tonicidad muscular N=17, 13.8% del total (n,%)	14 (82,35%)	13 (76,47%)	17 (100%)	7 (41,18%)	5 (29,41%)
Parámetros vocales N=87, 67.44% del total (n,%)	72 (82,76%)	82 (94,25%)	87 (100%)	56 (64,37%)	16 (18,39%)
Total N=129, 100% (n,%)	106 (82,17%)	114 (88,37%)	129 (100%)	68 (52,71%)	22 (17,05%)

Leyenda: N = cantidad de objetivos terapéuticos planteados para cada subsistema en el total de la muestra; n = cantidad de objetivos del subsistema abordado que cumplen con el criterio de análisis empleado; % = porcentaje de objetivos que cumplen con el criterio de análisis en relación con N.

Los 129 objetivos (100%) contienen una finalidad declarada. Sin embargo, la presencia tanto de la noción de usuario como del método se encuentra en un grado variado: 106 objetivos (82,17%) y 114 objetivos (88,37%), respectivamente. La presencia de criterios de logro y otros componentes se encuentran en menor medida en la estructura de los objetivos analizados.

En la Tabla 2 se detalla la naturaleza de los criterios de logro, así como lo hallado bajo la categoría 'otros

componentes'. Sobre los criterios de logro, del total de objetivos, se encontraron 31 (24,03%) con un criterio de logro cualitativo, 29 (22,48%) con un criterio cuantitativo y 8 (6,20%) con un criterio mixto. En relación con la presencia de otros componentes, del total de objetivos, 9 (6,97%) contienen una referencia explícita al 'apoyo', 6 (4,65%) detallan el 'contexto' y 7 (5,42%) se refieren a 'ayudas'.

Tabla 2. Análisis de los criterios de logro y otros componentes presentes en los objetivos terapéuticos

Subsistemas abordados	Criterio de logro			Otro componente		
	Criterio cualitativo	Criterio cuantitativo	Criterio mixto	Apoyo	Contexto	Ayuda
Educación e higiene N=13, 10.08% del total (n,%)	1 (7,69%)	-	-	-	-	-
Postura N=2, 1.55% del total (n,%)	-	-	-	-	-	-
Respiración N=10, 7.75% del total (n,%)	1 (10%)	1 (10%)	2 (20%)	-	1 (10%)	-
Tonicidad Muscular N=17, 13.8% del total (n,%)	6 (35,29%)	1 (5,88%)	-	-	2 (11,76%)	3 (17,65%)
Parámetros vocales N=87, 67.44% del total (n,%)	23 (26,44%)	27 (31,03%)	6 (6,90%)	9 (10,34%)	3 (3,45%)	4 (4,60%)
Total N=129, 100% (n,%)	31 (24,03%)	29 (22,48%)	8 (6,20%)	9 (6,97%)	6 (4,65%)	7 (5,42%)

Legenda: N = cantidad de objetivos terapéuticos planteados para cada subsistema en el total de la muestra; n = cantidad de objetivos del subsistema abordado que cumplen con el criterio de análisis empleado; % = porcentaje de objetivos que cumplen con el criterio de análisis en relación con N.

En la Tabla 3, se presenta el análisis desagregado de los objetivos operacionales referentes al abordaje específico de parámetros vocales. 48,83% de la totalidad de objetivos analizados se encuentran

planteados en torno a la intervención de los parámetros locutivos, etc., mientras que 19,37% del total abordan parámetros laríngeos.

Tabla 3. Objetivos de parámetros vocales referentes a parámetros locutivos y laríngeos

Parámetros abordados	Noción de usuario	Método	Finalidad	Criterio de logro	Otro componente
Parámetros locutivos N=63, 48,83% del total (n,%)	59 (93,65%)	61 (96,83%)	63 (100%)	49 (77,78%)	13 (20,63%)
Parámetros laríngeos N=25, 19,37% del total (n,%)	13 (52%)	22 (88%)	25 (100%)	7 (28%)	3 (12%)

Leyenda: N = cantidad de objetivos terapéuticos planteados para cada parámetro en el total de la muestra; n = cantidad de objetivos del parámetro abordado que cumplen con el criterio de análisis empleado; % = porcentaje de objetivos que cumplen con el criterio de análisis en relación con N.

Sobre los criterios de logro, dispuestos en la Tabla 4, existe una distribución similar en el uso de los criterios de logro cualitativos y cuantitativos en objetivos operacionales de parámetros locutivos (ambos con 34,92%), mientras que en los objetivos que abordan parámetros laríngeos predomina el uso de criterios de logro de tipo cuantitativo (20%).

En relación con la existencia de otros componentes (Tabla 4) en la estructura de los objetivos, se evidencia 14,29% de uso de apoyos y 6,35% de ayudas en el caso de los objetivos referentes a parámetros locutivos. En el caso de los parámetros laríngeos, 12% detalla el contexto.

Tabla 4. Análisis de los criterios de logro y otros componentes presentes en los objetivos terapéuticos referentes a parámetros locutivos y parámetros laríngeos

Parámetros abordados	Criterio de logro			Otro componente		
	Criterio cualitativo	Criterio cuantitativo	Criterio mixto	Apoyo	Contexto	Ayuda
Parámetros locutivos (N=63)	22 (34,92%)	22 (34,92%)	5 (7,94%)	9 (14,29%)	-	4 (6,35%)
Parámetros laríngeos (N=25)	1 (4%)	5 (20%)	1 (4%)	-	3 (12%)	-

Leyenda: N = cantidad de objetivos terapéuticos planteados para cada parámetro en el total de la muestra; n = cantidad de objetivos del parámetro abordado que cumplen con el criterio de análisis empleado; % = porcentaje de objetivos que cumplen con el criterio de análisis en relación con N.

DISCUSIÓN

La planificación terapéutica es una herramienta poderosa que permite organizar la terapia vocal de modo que sea coherente con las características biopsicosociales del individuo y sus necesidades. En ella se señalan los objetivos y actividades a realizar en el curso de la sesión fonoaudiológica y se explicitan los mecanismos de verificación del avance terapéutico. En el último tiempo, ha aumentado la atención de la comunidad científica respecto del uso y características de la planificación terapéutica y, en especial, sobre el planteamiento de objetivos en el área vocal^{4,13,14,33}. No obstante, a la fecha, no hay registro de investigaciones

que hubieran considerado de manera empírica los objetivos que los/las propios/as fonoaudiólogos/as plantean para el abordaje de los usuarios/as con queja vocal, al menos en el entendido de los investigadores. Es debido a esto que la presente investigación se encuentra dirigida a cubrir dicha falta de conocimiento y, con ello, develar las estrategias que los profesionales emplean en el tratamiento de los trastornos de la voz a través del análisis estructural de los objetivos planteados.

Como es posible advertir, de las 30 planificaciones terapéuticas con las que se contó inicialmente, 2 debieron descartarse debido a la ausencia de objetivos

terapéuticos en su estructura, lo cual evidencia que su integración no es un rasgo obligatorio para todo/as los/las profesionales, aun cuando ello representa un mecanismo para asegurar una intervención eficaz^{6,7}. Esto demuestra la alta variabilidad existente en la concepción del instrumento y, de igual modo, la falta de lineamientos transversales durante la preparación de los profesionales.

La mayoría de los/las fonoaudiólogos/as participantes señala que las planificaciones aportadas se desarrollaron en el marco de actividades de docencia clínica. Esto no resulta sorprendente; resulta lógico pensar que el uso de la planificación terapéutica fonoaudiológica, así como la declaración de los objetivos, representan mecanismos que permiten explicitar el conocimiento profesional y, por ello, son especialmente útiles en el trabajo con estudiantes para el desarrollo del pensamiento crítico³⁹. No obstante, a pesar de los resultados y dado el diseño metodológico de la investigación, no es posible asegurar que, en general, la planificación terapéutica sea empleada en mayor proporción en el contexto universitario que en el quehacer clínico de los/las terapeutas.

Otro aspecto relevante es que la noción de usuario no está contemplada en la totalidad de los objetivos terapéuticos, cuestión significativa si se considera que este proceso debe estar centrado en el paciente y que los objetivos deben dar cuenta de aquello^{9,40}. Esta omisión puede dar lugar a errores, tales como plantear las actividades terapéuticas en el lugar de los objetivos de la sesión, lo cual confunde el método con la finalidad. También puede llevar a indicar qué debe hacer el terapeuta en lugar de centrarse en lo que debe hacer el usuario dentro del contexto de la intervención vocal.

El método, que se refiere a los programas, estrategias o técnicas terapéuticas que se utilizan para abordar al usuario en el contexto de esta investigación, aunque está presente en una gran proporción, no se menciona en todos los objetivos planteados. Esto puede llevar a cometer errores en la toma de decisiones, ya que la falta de especificación de las técnicas obliga a el/la fonoaudiólogo/a a seleccionarlas durante la sesión, lo que puede resultar en una elección inapropiada debido a la urgencia que implica tomar decisiones en el transcurso mismo de la terapia. Alternativamente, el/la profesional puede preseleccionar previamente las técnicas a utilizar, pero si no las documenta de manera adecuada, existe el riesgo de no recordarlas correctamente y acabar confundiéndolas.

Adicionalmente, la falta de especificación de los métodos de intervención en la planificación dificulta la evaluación precisa del rendimiento del usuario/a con una técnica terapéutica particular durante la etapa de planificación de una próxima sesión. Esto afecta negativamente la progresión terapéutica, debido al sesgo en el acceso a la información.

Los criterios de logro representan un punto crítico para una adecuada organización de los objetivos terapéuticos, ya que permiten evidenciar el mecanismo a través del cual estos serán medibles^{1,18,19,22,25}. De todos los componentes definidos como centrales para la conformación de un objetivo, este es el que se encuentra presente en menor proporción, constituyendo 52% del total. Paradójicamente, uno de los propósitos fundamentales del planteamiento de objetivos en la planificación terapéutica radica justamente en la cuantificación del grado de avance de el/la usuario/a²⁸. Esta ausencia de medios de verificación para reconocer el logro de un objetivo representa una de las mayores amenazas al éxito terapéutico. Sin ellos, no es posible establecer la idoneidad del abordaje, ni la pertinencia de las decisiones que el/la terapeuta ha tomado para asegurar buenos resultados terapéuticos. Además, esta ausencia de criterios de logro también dificulta la conciencia del propio usuario respecto de los niveles de avance terapéutico conseguido.

Otro elemento que se evidencia en la revisión estructural de los objetivos son las ayudas, apoyos y contexto terapéutico. Este elemento estuvo presente en 17,05% de los objetivos analizados (n=22). Sin embargo, esta dimensión no está necesariamente contemplada en el proceso de formulación de objetivos vocales^{14,32}. Su inclusión vuelve más concreta y precisa la forma en que se serán abordadas las acciones terapéuticas con el/la usuario/a, otorga información sobre su estado de participación e independencia ante tareas terapéuticas específicas y permite analizar el progreso de la terapia. Así, por ejemplo, los usuarios/as que progresan favorablemente necesitarán menor cantidad de ayudas en la medida en que la terapia avanza. Además, el nivel de detalle que ofrecen estos componentes en la estructura del objetivo potencia la replicabilidad de las tareas por otros terapeutas, en caso de ser necesario, permitiendo comprender cómo se desenvuelve el/la usuario/a en las actividades terapéuticas.

Los objetivos referentes a los parámetros vocales se organizan en objetivos asociados a parámetros locutivos y asociados a parámetros laríngeos. En este sentido, los objetivos orientados a la intervención de

los parámetros locutivos requieren de unos criterios de logro clínicos dada su naturaleza y, por tanto, son fácilmente verificables por el/la terapeuta durante el transcurso de la sesión. Es decir, el/la fonoaudiólogo/a puede evidenciar perceptualmente los cambios vocales producidos por la intervención. Por otro lado, los objetivos orientados a la modificación de parámetros laríngeos, al tener una finalidad fisiológica, requieren un criterio de logro acorde a esta perspectiva⁴. Esto es, por ejemplo, que para aquellos objetivos que señalan ‘disminuir el contacto glótico’ o ‘disminuir la inflamación laríngea’, los criterios de logro deben ser coherentes y deben ser medidos a través de criterios instrumentales que efectivamente midan lo declarado. Desafortunadamente, los métodos instrumentales de evaluación laríngea no siempre están disponibles para el/la terapeuta durante la sesión y, si no se cuenta con un mecanismo adecuado de verificación, el monitoreo de estos objetivos no es posible, lo cual atenta contra su función terapéutica.

Una de las fortalezas principales de este estudio radica en su novedad. A la fecha, no existen investigaciones que hayan estudiado la estructura de los objetivos terapéuticos utilizados en contextos y usuarios/as reales en el área vocal, lo que impulsa la generación de discusiones teóricas sobre el tema en cuestión. Con relación al diseño metodológico, uno de los puntos fuertes del estudio radica en que la totalidad de los/las fonoaudiólogos/as participantes declaró contar con estudios de postgrado en el área vocal y poseer varios años de experiencia. Esto permite acceder a planificaciones terapéuticas de un alto nivel de especialización, lo que además asegura su pertinencia.

Ahora bien, dado el tipo de muestreo no probabilístico empleado, no es posible determinar si los hallazgos de esta investigación aplican de manera similar para el resto de la población de fonoaudiólogos/as. Esto supone una limitación respecto de la capacidad de generalización de los resultados. Sin embargo, se advierte que la mayoría de los/las fonoaudiólogos/as participantes del estudio entregó planificaciones terapéuticas que habían sido desarrolladas en el contexto de la docencia clínica universitaria, lo cual permite conjeturar respecto del uso de las mismas en contextos laborales distintos.

Otra limitación deriva del tipo de material analizado. Con el fin de crear las condiciones ideales para acceder a las planificaciones terapéuticas, se les solicitó a los/las fonoaudiólogos/as que pudieran entregar cualquier

planificación con la que hubiesen trabajado. Esta libertad de elección tuvo como consecuencia que algunos contenidos terapéuticos quedaran sobrerrepresentados en comparación a otros. Además, fueron los/las propios/as fonoaudiólogos/as participantes quienes seleccionaron las planificaciones terapéuticas para el análisis, lo que no garantiza que estas fueran las más representativas de su trabajo cotidiano.

En futuras investigaciones debieran ser abordadas las categorías de ‘ayudas’ y ‘apoyos’, las cuales son incorporadas en ciertos objetivos analizados. Asimismo, se debe comprender de mejor manera cómo la incorporación de la noción de ‘contexto’ podría ser útil en la planificación de determinadas estrategias terapéuticas. También es necesario investigar sobre el impacto de la planificación terapéutica en la eficacia de la intervención vocal y su repercusión en el rendimiento de el/la usuario/a.

CONCLUSIONES

Aunque hay cierta uniformidad en la información básica de los objetivos terapéuticos, la investigación revela una gran diversidad en los objetivos planteados por fonoaudiólogos/as para las intervenciones de voz. Esta variedad en la redacción de los objetivos refleja diferentes perspectivas en la comprensión del proceso terapéutico por parte de los/las profesionales. Como elementos estructurales básicos de los objetivos operacionales, se consideraron la noción de usuario, el método utilizado, la finalidad declarada, los criterios de logro y fue incluida una categoría amplia para incorporar otros componentes presentes que emergieron durante el proceso de análisis, los cuales hacen referencia al nivel de asistencia requerido por el/la usuario/a y el contexto de realización de las tareas. Todos los objetivos analizados presentaron de manera explícita una finalidad específica, mientras que los demás elementos se presentaron en diferentes grados de detalle. Respecto de la intervención de la calidad vocal, se advierte una variación conceptual relevante al plantearse objetivos que apuntan a la modificación de los parámetros locutivos y otros que buscan la modificación de la función y/o estructura laríngea.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Grupo de Investigación *Communication, Societies & Cultures* [G12309834] de la Universidad del Bío-Bío y a la Sociedad Chilena de Fonoaudiología (SOCHIFO) por el apoyo financiero.

REFERENCIAS

1. Van Stan JH, Whyte J, Duffy JR, Barkmeier-Kraemer J, Doyle P, Gherson S et al. Rehabilitation Treatment Specification System: Methodology to identify and describe unique targets and ingredients. *Arch Phys Med Rehabil.* 2021;102(3): 521-31. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.09.383> PMID: 33065124.
2. Levack C, Weatherall M, Hay-Smith E, Dean S, McPherson K, Siegert R. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015;7:CD009727. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009727.pub2> PMID: 26189709.
3. Inostroza-Moreno G. Orientaciones filosóficas en la intervención fonoaudiológica de voz. El desafío actual de dar el alta. *Rev. Investig. Innov. Cienc. Salud.* 2021;3(1):116-24. <https://doi.org/10.46634/riics>
4. Crisosto J, Flores A. Estructura de los objetivos terapéuticos en la intervención fonoaudiológica de usuarios con necesidades vocales: una revisión sistemática exploratoria. *Rev. Chil. Fonoaudiol.* 2022;21(1):1-20. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2022.64698>
5. Steiner W, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther.* 2002;82(11):1098-107. <https://doi.org/10.1093/ptj/82.11.1098> PMID: 12405874.
6. Schut H, Stam H. Goals in rehabilitation teamwork. *Disabil. Rehabil.* 1994;16(4):223-6. <https://doi.org/10.3109/09638289409166616> PMID: 7812023.
7. Valaas HL, Klokkerudb M, Hildeskårc J, Haglandd A, Kjønlie E, Mjøsundf K et al. Rehabilitation goals described by patients with rheumatic and musculoskeletal diseases: Content and attainment during the first year after rehabilitation. *Disabil. Rehabil.* 2022;44(25):7947-57. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2003879> PMID: 34854330.
8. Plewnia A, Bengel J, Körner M. Patient-centeredness and its impact on patient satisfaction and treatment outcomes in medical rehabilitation. *Patient Educ. Couns.* 2016;99(12):2063-70. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.018> PMID: 27503286.
9. Wade D. Goal setting in rehabilitation: An overview of what, why and how. *Clin. Rehabil.* 2009;23(4):291-5. <https://doi.org/10.1177/0269215509103551> PMID: 19293289.
10. American Speech-Language-Hearing Association. American Speech-Language-Hearing Association [Homepage en Internet]. 2023. [accesado en 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.asha.org/>
11. Landis K, Vander J, Jongsma A. *The Speech-Language Pathology Treatment Planner.* New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2004.
12. Hart T, Dijkers MP, Whyte J, Turkstra LS, Zanca JM, Packer A et al. A Theory-Driven System for the specification of rehabilitation treatments. *Arch Phys Med Rehabil.* 2019;100(1):172-80. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.09.109> PMID: 30267669.
13. Van Stan JH, Dijkers MP, Whyte J, Hart T, Turkstra LS, Zanca JM et al. The Rehabilitation Treatment Specification System: Implications for improvements in research design, reporting, replication, and synthesis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2019;100(1):146-55. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.09.112> PMID: 30267666.
14. Crisosto J. Theoretical proposal for therapy planning in vocal practice: An ICF model. *Rev. Chil. Fonoaudiol.* 2021;20:1-18. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2021.58315>
15. González R, Donoso A. Programa de rehabilitación fonoaudiológica para pacientes afásicos. *Rev. Chil. Fonoaudiol.* 2000;2(3):35-48.
16. Lignugaris/Kraft B, Marchand-Martella N, Martella RC. Writing better goals and short-term objectives or benchmarks. *Teach. Except. Child.* 2001;34(1):52-9. <https://doi.org/10.1177/004005990103400107>
17. Chacon JEA. Metodología de Planificación Operacional. *Revista Electrónica de Trabajo Social de la Universidad de Concepción.* 2015 Nov;12:82-102.
18. Ogbeiw O. General concepts of goals and goal-setting in healthcare: A narrative review. *J. Manag. Organ.* 2018;27(2):324-41. <https://doi.org/10.1017/jmo.2018.11>
19. Ogbeiw O. Why written objectives need to be really SMART. *Br. J. Health Care Manag.* 2017;23(7):324-36. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2017.23.7.324>
20. Levack W, Siegert R. Challenges in theory, practice and evidence. In: Siegert RLW. *Rehabilitation goal setting: Theory, practice and evidence.* Florida: Taylor & Francis Group; 2015. p. 3-20. <https://doi.org/10.1201/b17166>
21. Doran GT. There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Manag. Rev.* 1981;70(11):35-6.
22. Hersh D, Sherratt S, Howe T, Worrall L, Davidson B, Ferguson A. An analysis of the "goal" in aphasia rehabilitation. *Aphasiology.* 2012;26(8):971-84. <https://doi.org/10.1080/02687038.2012.684339>
23. Clarke SP, Crowe TP, Oades LG, Deane FP. Do goal-setting interventions improve the quality of goals in mental health services? *Psychiatr. Rehabil. J.* 2009;32(4):292-9. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2975/32.4.2009.292.299> PMID: 19346208.
24. Day T, Tosey T. Beyond SMART? A new framework for goal setting. *Curric. J.* 2011;22(4):515-34. <https://doi.org/10.1080/09585176.2011.627213>
25. Hersh D, Worrall L, Howe T, Sherratt S, Davidson B. SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology.* 2012;26(2):220-33. <https://doi.org/10.1080/02687038.2011.640392>
26. Worrall L, Sherratt S, Rogers P, Howe T, Hersh D, Ferguson A et al. What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology.* 2011;25(3):309-22. <https://doi.org/10.1080/02687038.2010.508530>
27. McPherson K, Kayes NM, Kersten P. MEANING as a smarter approach to goals in rehabilitation. In R.J. Siegert WMLL. *Rehabilitation goal setting theory, practice and evidence.* Florida: Taylor and Francis Group; 2015. p. 105-22. <https://doi.org/10.1201/b17166>
28. Krasny-Pacini A, Hiebel J, Pauly F, Godon S, Chevignard M. Goal attainment scaling in rehabilitation: A literature-based update. *Ann. Phys. Rehabil. Med.* 2013;56(3):212-30. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2013.02.002> PMID: 23562111.
29. Turner-Stokes L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: A practical guide. *Clin. Rehabil.* 2009;23(4):362-70. <https://doi.org/10.1177/0269215508101742> PMID: 19179355.
30. Ma PM, Yiu ML, Verdolini K. Application of the ICF in voice disorders. *Semin. Speech Lang.* 2007;28(4):343-50. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986531> PMID: 17935019.
31. World Health Organization (WHO). World Health Organization [Homepage en internet]. 2001. [acceso en 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
32. Van Stan JH, Roy N, Awan S, Stemple J, Hillman RE. A taxonomy of voice therapy. *Am J Speech Lang Pathol.* 2015;24(2):101-25. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0030 PMID: 25763678.

33. Castillo-Allendes A, Fouilloux C. Objetivos de intervención en voz: Una propuesta para su análisis y redacción. *Rev. Investig. Innov. Cienc. Salud.* 2021;82(11):125-39. <http://dx.doi.org/10.46634/riics.56>
34. Van Stan JH, Whyte J, Duffy JR, Barkmeier-Kraemer J, Doyle P, Gherson S et al. Voice therapy according to the Rehabilitation Treatment Specification System: Expert consensus ingredients and targets. *Am J Speech Lang Pathol.* 2021;30(5):2169-201. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00076 PMID: 34464550.
35. Walsh K. Documentary research and evaluation in medical education. *J Educ Eval Health Prof.* 2014; 18. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2014.11.18> PMID: 25112446.
36. Díaz C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista *Universum.* *Rev. Gen. Inf. Doc.* 2018;28(1):119-42. <https://doi.org/10.5209/RGID.60813>
37. Manchado R, Tamames S, López M, Mohedano L, D'Agostino M, Veiga de Cabo J. Revisiones sistemáticas exploratorias. *Medicina y Seguridad del Trabajo.* 2009;55(216):12-9.
38. Romero L, León H, Villanueva P. Estudio de las características vocales en un grupo de profesores con y sin antecedentes de trastorno vocal. *Rev. Chil. Fonoaudiol.* 1999;1(1):14-22. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.1999.57972>
39. Jabbour Z, Tran M. Can students develop clinical competency in treatment planning remotely through flipped collaborative case discussion? *Eur J Dent Educ.* 2023;27(1):69-77. <https://doi.org/10.1111/eje.12778> PMID: 35103367.
40. Bovend'Eerd TJ, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: A practical guide. *Clin. Rehabil.* 2009;23(4):352-61. <https://doi.org/10.1177/0269215508101741> PMID: 19237435.

Contribuciones de los autores:

JC-A: Conceptualización; Curación de Dato; Análisis formal; Adquisición de Financiamiento; Investigación; Metodología; Administración de proyecto; Recursos; Software; Supervisión; Validación; Escritura - Borrador original; Escritura - Revisión y edición.

AF: Conceptualización; Curación de Datos; Análisis formal; Investigación; Metodología; Administración de proyecto; Software; Supervisión; Validación; Escritura - Borrador original; Escritura - Revisión y edición.