

Artículo Original

Planificación terapéutica fonoaudiológica para el abordaje de usuarios adultos con dificultades comunicativas y/o lingüísticas de origen neurológico

María Gabriela Cabrera-Miguel ^a, Consuelo Sepúlveda-Ibarra ^{b, c}, Nicole E. Almeida-Marcos ^d y Jaime Crisosto-Alarcón ^{e, f, *}

^a Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Odontología y Ciencias de la Rehabilitación, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

^b Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Bernardo O'Higgins, Santiago, Chile.

^c Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile, Chile.

^d Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

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

^f Departamento de Español, Facultad de Humanidades y Arte, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

RESUMEN

La Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) indica que la intervención en salud debe responder de manera apropiada a las necesidades particulares de cada usuario/a. Actualmente, no se cuenta en Chile con pautas uniformes para el diseño de la planificación terapéutica. Esta ausencia de estructura de la intervención fonoaudiológica dificulta la comunicación entre profesionales y obstaculiza una intervención terapéutica adecuada. El objetivo del presente trabajo es proporcionar un marco teórico-conceptual que facilite la planificación terapéutica estructurada de usuarios/as adultos/as con dificultades comunicativas y/o lingüísticas de origen neurológico, considerando estándares internacionales. Se realiza una revisión crítica con una estructura narrativa-conceptual con un muestreo intencionado de las propuestas teóricas actuales. Se propone un conjunto de herramientas teóricas en el marco del modelo de la CIF con el fin de facilitar el trabajo del/la fonoaudiólogo/a.

Palabras clave:

Planificación Terapéutica;
Objetivos; SMART;
SMARTER; MEANING

Planning Speech and Language Therapy Interventions for Adults with Neurogenic Communication Disorders

ABSTRACT

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), emphasizes the need for health interventions to be tailored to each patient's unique requirements. In Chile, there are currently no consistent guidelines for the design of treatment plans. This lack of structure for speech-language therapy interventions hinders the communication between professionals and, therefore, the possibility to plan adequate therapeutic intervention. This article aims to provide a theoretical and conceptual framework that facilitates structured therapeutic planning for adult patients with neurogenic communication and/or linguistic difficulties, following international standards. A critical review was carried out, with a narrative-conceptual structure and intentional sampling of current theoretical proposals. A set of theoretical tools is proposed within the framework of the ICF model, in order to facilitate the work of speech-language therapists.

Keywords:

Treatment Planning;
Goals; SMART;
SMARTER; MEANING

*Autor/a correspondiente: Jaime Crisosto-Alarcón

Email: jaimecrisosto@gmail.com

Recibido: 28-06-2022

Aceptado: 08-11-2023

Publicado: 23-11-2023

INTRODUCCIÓN

La planificación terapéutica debe considerar las necesidades del/la usuario/a (Rosewilliam et al., 2011; Sugavanam et al., 2013) que son identificadas en el proceso de evaluación, para así establecer una línea base que permita medir los avances en el tratamiento (Ashford & Turner-Stokes, 2015). Los objetivos de la intervención fonoaudiológica deben considerar el rol del/la usuario/a, las habilidades que se buscan desarrollar y las estrategias de medición de los logros.

La selección de los objetivos de la intervención fonoaudiológica es un procedimiento cotidiano en el quehacer fonoaudiológico, aunque puede ser un proceso complejo que depende de diversos factores. Algunos de los más relevantes son: la formación profesional, el acceso a diversas herramientas terapéuticas, las características del lugar de trabajo, las condiciones disponibles para el abordaje multidisciplinario y las características de los/las usuarios/as (Diehm, 2017).

En el caso particular de los/las usuarios/as con dificultades de origen neurológico, el proceso de formulación de los objetivos terapéuticos debe considerar su opinión y sus expectativas, las de la familia, así como las de los potenciales cuidadores (Hersh, Sherratt, et al., 2012; Hersh, Worrall, et al., 2012). La participación del/la usuario/a se dificulta cuando sus lesiones cerebrales comprometen áreas prefrontales y orbitofrontales responsables del establecimiento de metas y objetivos, así como a la ejecución de un plan organizado de tareas (Huang et al., 2020; Ruiz-Gutiérrez et al., 2020). También, las alteraciones del lenguaje que concomitan con déficits en la memoria de trabajo dificultan la toma de decisiones, la comprensión de tareas que implican Teoría de la Mente y la capacidad de respuesta social o emocional (Leopold et al., 2012; Schneider & Koenigs, 2017; Tranel, 2002). Además, la severidad del cuadro representa una barrera para la participación del/la usuario/a en el proceso de planificación terapéutica, ya que la comprensión de la complejidad del proceso terapéutico se dificulta (Hersh, Sherratt, et al., 2012; Stroke Foundation, 2021; Sugavanam et al., 2013; Taylor et al., 2012). En particular, los problemas se concentran en lo referido a la organización y al abordaje que ocurre en un momento temporal determinado, a la escasez de recursos y a la necesidad de organizar una secuencia que permita realizar un proceso de rehabilitación exitoso (Hersh, 2009; Hersh, Sherratt, et al., 2012).

Las propuestas en la literatura respecto de la planificación terapéutica son limitadas o insuficientemente exhaustivas y con frecuencia se encuentran como parte de la denominada 'literatura

gris'. Usualmente, las escasas propuestas provienen de objetivos que se adaptan deficientemente a la realidad nacional o que responden a marcos taxonómicos que no se relacionan con lo requerido en el escenario terapéutico.

Las propuestas más específicas en el medio nacional se orientan al área de rehabilitación vocal (Castillo-Allendes & Fouillioux, 2021; Crisosto, 2021). Dichas propuestas presentan aspectos que no son posibles de extrapolar de manera precisa a la intervención de personas adultas con trastornos comunicativos y lingüísticos. Por su parte, las propuestas desarrolladas en el área no profundizan en el proceso terapéutico (Pacheco-Saavedra & Bello-Lepe, 2022; Tobar-Fredes & Salas, 2022). Por lo anterior, la finalidad de la presente revisión es proporcionar un marco teórico - conceptual que determine las condiciones necesarias para la formulación de una planificación terapéutica organizada, fundamentada en una revisión de la literatura disponible en el área. Con ello, se pretende contribuir al desarrollo de un cuerpo teórico-conceptual relativo a los procedimientos de la planificación de la atención fonoaudiológica de usuarios/as con dificultades comunicativo-lingüísticas de origen neurológico.

METODOLOGÍA

Esta revisión crítica (Grant & Booth, 2009) presenta una estructura narrativa-conceptual de las propuestas teóricas actuales acerca de la planificación terapéutica orientada a la atención fonoaudiológica de usuarios/as con dificultades comunicativas y/o lingüísticas de origen neurológico. Dicha revisión incluye un análisis de los artículos encontrados y, a partir del análisis, se entrega un modelo teórico que identifica y organiza en un cuerpo unificado los aspectos más significativos de cada propuesta (Grant & Booth, 2009).

Para realizar la revisión, se usó un muestreo intencional de tipo teórico (Patton, 2002; Suri, 2011). Se seleccionó esta herramienta metodológica debido a que el propósito del estudio es examinar la complejidad de las conceptualizaciones que son utilizadas para abordar el fenómeno (Benoot et al., 2016).

La valoración de las propuestas encontradas en la literatura se realiza respecto de su contribución a la Fonoaudiología en el contexto nacional y al quehacer tanto clínico como pedagógico universitario. A partir de la valoración, se busca proveer un marco para la discusión de la organización del abordaje fonoaudiológico y de los procedimientos empleados para la formulación de objetivos. El criterio empleado para la selección del material utilizado estuvo dado por aquellas investigaciones con foco en la

neurorehabilitación que representaran “ejemplares del concepto o el constructo abordado con el fin de iluminar las áreas teóricas de interés” (Patton, 2015, p. 401). No se utilizó un criterio temporal, porque la temática abordada es de desarrollo reciente y se encuentra mínimamente documentada, por lo que la mayoría de las investigaciones referenciadas fueron publicadas después del año 2000.

RESULTADOS

Desarrollo de la Propuesta

La propuesta enmarca el proceso de planificación terapéutica en dos etapas: a) Etapa I: Marco Terapéutico y b) Etapa II: Organización Terapéutica. Dichas etapas no son estrictamente sucesivas, sin embargo, dada la naturaleza iterativa del proceso de planificación, generalmente se realiza primero la etapa de Marco Terapéutico y luego la de Organización Terapéutica. Ambas etapas se explicitan en la Tabla 1 y en la Figura 1.

Etapa I: Marco Terapéutico

Determinación de la orientación teórica de rehabilitación

En la práctica fonoaudiológica se consideran elementos de diversos modelos y/u orientaciones. La selección del modelo teórico de intervención es una decisión clínica, que considera el origen del trastorno y su severidad, las expectativas y necesidades comunicativas del/la usuario/a y su familia y el contexto ambiental. Al respecto, se cuenta con los siguientes modelos: lingüístico, cognitivo y pragmático o social.

El modelo lingüístico ha contribuido en la interpretación de los síntomas lingüísticos de las personas con afasia, que se basa en el principio que el lenguaje cuenta con una organización interna, basada en un sistema de reglas. Así, la intervención se sustenta en las unidades lingüísticas que tras la evaluación se observan como alteradas (Basso et al., 2013). A su vez, el modelo cognitivo explica los síntomas de los/las usuarios/as fundamentado en los procesos cognitivos alterados, que son necesarios para el adecuado funcionamiento mental (Manning, 1990). De esta manera, se han desarrollado modelos teóricos de procesamiento de la información basados en el estudio del funcionamiento cognitivo normal para representar los diferentes componentes cognitivos subyacentes que guían la selección de contenidos de la terapia fonoaudiológica (Caramazza & Coltheart, 2006).

Tabla 1. Etapas de la Planificación Terapéutica.

Etapa I: Marco Terapéutico	
1.	Determinación de la orientación teórica de rehabilitación.
2.	Determinación de los contenidos a intervenir.
3.	Determinación del criterio de jerarquización.
4.	Determinación de la estrategia terapéutica.
5.	Determinación del método de intervención.
Etapa II: Organización Terapéutica	
6.	Análisis de Factores Contextuales.
	6.1. Factores Ambientales.
	6.2. Factores Personales.
7.	Análisis Nivel Participación / Actividad.
	7.1. Formulación Objetivo General.
8.	Análisis Nivel Función / Estructura.
	8.1. Formulación Objetivos Específicos.
	8.2. Formulación Objetivos Operacionales.
	8.2.1. Enfoque SMARTER.
	8.2.2. Enfoque MEANING.
9.	Nivel de Generalización / Transferencia.

Finalmente, el modelo de orientación pragmática o social (Byng & Duchan, 2005) indica que la intervención debe centrarse en las necesidades comunicativas específicas (Galletta & Barrett, 2014), favoreciendo el rol de comunicador activo en situaciones reales, generando experiencias comunicativas atractivas y significativas para el/la usuario/a (Byng & Duchan, 2005). Este modelo ha sido aplicado en la rehabilitación que se realiza con las personas que han sufrido un traumatismo encefalocraneano (TEC), destacándose las aproximaciones pragmático cognitiva (Gabbatore et al., 2015), discursivo conversacional (Giles et al., 1988) y social (Braunling-McMorrow et al., 1986).

Si se analiza desde la perspectiva CIF (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001), los enfoques lingüístico y cognitivo abordan los niveles de estructura y función, mientras que el modelo de orientación pragmática se vincula con los de la actividad y participación del/la usuario/a.

La selección de un modelo está supeditada a una decisión clínica que no excluye la utilización de dos orientaciones diferentes en la intervención de un mismo usuario. Dado que el plan de intervención se vuelve dinámico en la medida que el/la usuario/a desarrolla habilidades, la orientación teórica podría ajustarse toda vez que las necesidades comunicativas del/la usuario/a lo requiera. El trabajo terapéutico sobre el nivel de estructura/función es necesario, sin embargo, la evolución de la

terapia debe orientarse a trabajar desde un enfoque más bien pragmático, ecológico y social.

Determinación de contenidos a intervenir

La selección de los contenidos se relaciona con la individualidad del plan terapéutico. García & Canga (2019) y Tippett et al. (2014) proponen una terapia personalizada de acuerdo con el perfil cognitivo comunicativo/lingüístico y a las necesidades comunicativas del /la usuario/a.

El abordaje terapéutico específico sobre procesos cognitivos, a partir de técnicas de estimulación cognitiva en trastornos neurocognitivos y personas mayores que cursan con un

envejecimiento normal, ha sido debatido y cuestionado en la literatura (Cognitive Training Data, 2014; Stanford Center on Longevity, 2014). Una reciente revisión sistemática con meta-análisis (Gavelin et al., 2020), concluye que si bien es posible encontrar mejoras objetivas en el rendimiento cognitivo, no se traduce en beneficios sobre la progresión de la enfermedad o en las capacidades funcionales de la persona. La revisión destaca además que la evidencia disponible presenta una calidad insuficiente, tal como se ha reportado previamente (Bahar-Fuchs et al., 2018; Hill et al., 2017; Oltra-Cucarella et al., 2016).

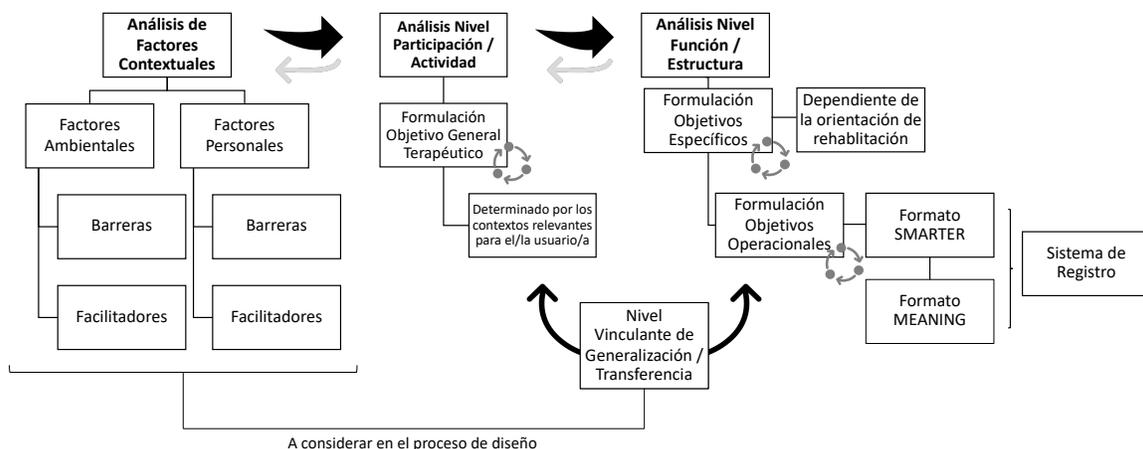


Figura 1. Diagrama de flujo de las etapas de la planificación terapéutica. Adaptado y modificado de Crisosto (2021).

El desarrollo de las habilidades conversacionales de la persona con trastorno neurocognitivo mayor (TNMa), busca que la persona pueda mantener la participación en instancias sociales. Para ello, se brindan herramientas a sus compañeros de comunicación, que les permitan generar instancias de comunicación, mejorar sus interacciones con el/ la usuario/a y mediar escenarios de contacto social (Lanzi et al., 2021). Los sistemas de comunicación aumentativa alternativa (SCAA) son una herramienta que se puede trabajar con las personas con TNMa, a partir de libros de memoria (Bourgeois et al., 2009). En la misma línea, la Terapia de Reminiscencia (TR) ha reportado beneficios en el favorecimiento de habilidades comunicativas de las personas con TNMa (O' Philbin et al., 2018).

En el caso de la intervención de personas que presentan Trastorno Cognitivo Comunicativo (TCC) tras una lesión cerebral adquirida no progresiva, se describe un trabajo sobre prosodia, habilidades

discursivas, pragmáticas y comunicativas (Lehman et al., 2013) en personas que han sufrido TEC. Dicho trabajo plantea que los contenidos a intervenir dependen del nivel de severidad, aunque están focalizados en las funciones cognitivas que sustentan el desarrollo de las habilidades comunicativas y conversacionales (Marshall et al., 2021). También, se trabaja con el compañero/a de comunicación del/la usuario/a (Behn et al., 2021).

En personas con TCC de origen psiquiátrico se destaca abordar las habilidades las pragmáticas, las discursivas (Joyal et al., 2016) y los parámetros relacionados con la cognición social (Tan et al., 2018), que repercuten sobre el desempeño comunicativo en entornos sociales.

En las personas con afasia, los contenidos de la intervención están determinados por la orientación teórica. En general, los contenidos se relacionan con las diferentes modalidades del

lenguaje que están afectadas, de manera de maximizar las habilidades comunicativas. En el caso de la comprensión auditiva y la expresión oral, se tiene en cuenta el nivel de severidad del daño para considerar el ámbito lingüístico que se apoyará (Raymer & Turkstra, 2017). Así, la intervención puede comenzar desde niveles básicos, como la palabra, en el caso de un usuario con una afectación severa, o a nivel del discurso, cuando el problema de la persona es más leve. Para favorecer aspectos de expresión, se considera el trabajo sobre la capacidad de acceder al léxico (Efstratiadou et al., 2018; Wisenburn & Mahoney, 2009), la estructuración gramatical de oraciones, el uso de verbos (Webster & Whitworth, 2012), el uso del lenguaje no verbal (Rose et al., 2013) y trabajo con SCAA (Dietz et al., 2020). También, se considera la identificación de las estrategias que la persona con afasia utiliza para enfrentar sus dificultades comunicativas (Harskamp & Visch-brink, 1991), condición para la cual la Terapia PACE (Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness) (Davis, 2005) y la Terapia cognitivo conductual del lenguaje (Akabogu et al., 2019) han sido sugeridas.

Es posible encontrar dificultades en la escritura, la lectura en voz alta y/o en la comprensión lectora en las personas con afasia. El contenido a trabajar se determinará, dependiendo de la habilidad que subyace al déficit. Así, si la dificultad se encuentra en el proceso de conversión grafema-fonema (Patterson & Shewell, 1987), se recomienda el entrenamiento de la conciencia fonológica a nivel de la palabra (Beeson et al., 2010; Brookshire et al., 2014; Friedman & Lott, 2002). Si la dificultad reside en la comprensión lectora, se deberá abordar el nivel textual, considerando las habilidades cognitivas subyacentes de la comprensión lectora (atención, memoria de trabajo, capacidad de abstracción, entre otras). En Purdy et al. (2018) se revisa la efectividad de diversos enfoques para el tratamiento de la lectura comprensiva en personas con afasia.

Finalmente, es relevante considerar el trabajo con el/la compañero/a de comunicación de la persona con afasia (Simmons-Mackie et al., 2016), entrenando las estrategias de comunicación que pueden resultar efectivas para interactuar con la persona con afasia, en función de las habilidades que tiene mayormente conservadas.

En las etapas del proceso de intervención, al inicio los contenidos estarán enfocados en la estructura y en la función. Progresivamente, se orientarán a la comunicación funcional, familiar, social y/o laboral del/la usuario/a. Al respecto, la CIF describe dominios a los que la intervención fonoaudiológica podría apuntar en esta etapa de la intervención (ver Tabla 2).

Tabla 2. Propuesta de selección de contenidos a intervenir en los componentes de actividad y participación.

Actividad y Participación	
Dominios	Calificador
Aprendizaje y aplicación del conocimiento.	Experiencias sensoriales básicas, aprendizaje básico y aplicación del conocimiento.
Tareas y demandas generales	Realizar una única tarea, realizar múltiples tareas y realizar rutinas diarias.
Comunicación	Comunicación - recepción, comunicación - producción, conversación y utilización de aparatos y técnicas de comunicación.
Autocuidado	Lavarse, cuidado de partes del cuerpo, higiene personal relacionada con los procesos de excreción, vestirse, comer, beber y cuidado de la propia salud.
Vida doméstica	Adquisición de lo necesario para vivir, tareas del hogar, cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás.
Interacciones y relaciones interpersonales	Interacciones interpersonales generales e interacciones interpersonales particulares.
Áreas principales de la vida	Educación, trabajo, empleo y vida económica.
Vida comunitaria, social y cívica	Vida comunitaria, trabajo libre y ocio, religión y espiritualidad, derechos humanos, vida política y ciudadanía.

En la Tabla 3, se sugieren contenidos específicos a considerar en el abordaje de los diferentes trastornos comunicativos y lingüísticos, según corresponda. Las funciones cognitivas se basan en la descripción que realiza el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5° ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), mientras que los aspectos de lenguaje y comunicación, en las especificaciones que la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2007) sugiere en torno al trabajo de el/la fonoaudiólogo/a. Es importante mencionar que, el dominio "aprendizaje" está asociado al de "memoria" por la relevancia que tiene la etapa de codificación en el almacenamiento y posterior evocación de información. El recuerdo o el olvido está mediado por la

capacidad o incapacidad de recuperar lo que se ha aprendido (Baddeley, 2018).

Tabla 3. Propuesta de selección de contenidos a intervenir en los dominios cognitivos, en contenido y forma del lenguaje y en uso del lenguaje.

Dominios cognitivos	Contenido y Forma del Lenguaje	Uso del Lenguaje
Atención compleja - Atención continua - Atención dividida - Atención selectiva	Lenguaje comprensivo verbal	Lenguaje comprensivo no verbal
Función Ejecutiva - Planificación - toma de decisiones - Memoria de trabajo - Inhibición - Flexibilidad mental	Lenguaje expresivo verbal	Lenguaje expresivo no verbal
Aprendizaje y memoria - Memoria inmediata - Memoria reciente - Memoria a largo plazo	Lectura	Habilidades pragmáticas
Habilidades perceptuales motoras - Percepción visual - Habilidades visuoestructurivas	Escritura	Habilidades conversacionales de el/la usuario/a
Reconocimiento social - Reconocimiento de emociones - Teoría de la mente		Habilidades conversacionales de el/la compañero/a de comunicación

Determinación del criterio de jerarquización

Una vez que los contenidos terapéuticos son identificados a partir de la evaluación del/la usuario/a, se debe determinar una organización que permita ordenar jerárquicamente la estructura de la intervención.

Para tal fin, se propone considerar la complejidad cognitiva de las habilidades que se intervendrán terapéuticamente. El/la terapeuta deberá establecer cuáles son las habilidades de mayor y menor complejidad, para favorecer habilidades comunicativas. Respecto de las lingüísticas, se plantea que la vertiente comprensiva se trabaje antes y/o de forma paralela a la expresiva, considerando aspectos verbales y no verbales (Hendriks & Koster, 2010).

Existen tres criterios de jerarquización. El primero es el sintomatológico, donde se organizan los contenidos desde el síntoma más grave al menos grave. El segundo criterio es el funcional y supone una organización respecto de los síntomas que impactan mayormente en el nivel de actividad / participación, según la CIF (OMS, 2001). Finalmente, el criterio sintomatológico - funcional, propone que los síntomas más evidentes y, por tanto, con mayor afectación clínica son aquellos que impactan en las actividades de la vida diaria del/la usuario/a. Por lo tanto, bajo este criterio no existe diferencia teórica respecto de si los contenidos son organizados por el impacto funcional o por la gravedad de los síntomas, ya que ambos criterios se consideran coincidentes.

Determinación de la estrategia terapéutica

La selección de una estrategia terapéutica dependerá del propósito de intervención que el/la terapeuta considere pertinente, a partir del nivel de severidad y la naturaleza del trastorno comunicativo/lingüístico. Torralva (2019) menciona que la estrategia de intervención estará determinada por el nivel de conciencia sobre el trastorno comunicativo-lingüístico que posee el/la usuario/a. Así, se recomienda trabajar en base a ayudas externas cuando existe escasa conciencia, debido a que la capacidad de colaborar activamente es reducida. Por otra parte, se opta por estrategias de participación, cuando existe una mejor conciencia del estado por el/la propio/a usuario/a.

Se pueden distinguir tres tipos de estrategias: la de rehabilitación o restauración, la de compensación y la holística.

La estrategia de rehabilitación o restauración busca la recuperación de la función perdida trabajando con ejercicios que actúen directamente sobre las funciones deterioradas. La estrategia de compensación alude a la implementación de ayudas externas que le permitan a el/la usuario/a realizar la función perdida (Fasotti, 2017). Algunas de ellas son la implementación de SCAA (Fried-Oken et al., 2012), el uso de tecnología (GPS, aplicaciones de teléfonos inteligentes, etc.), las modificaciones ambientales, entre otras (Bourgeois et al., 2010). La estrategia holística (Torralva, 2019), que se utiliza principalmente para el abordaje del TCC, se refiere al uso de procedimientos terapéuticos

rehabilitadores y compensatorios en el/la mismo/a usuario/a, según el momento de la intervención en la que se encuentre. Esta estrategia considera aspectos emocionales, cognitivos y sociales, donde el/la fonoaudiólogo/a debe abordarlos de forma multidisciplinaria con otros/as profesionales.

Determinación del método de intervención

Es posible distinguir tres métodos: directo, indirecto y mixto. El primero se refiere a que las actividades de intervención se encuentran dirigidas exclusivamente al/la usuario/a, ya sea de forma individual o en terapia de grupos mediante el desarrollo de actividades orientadas a los contenidos cognitivos, comunicativos y/o lingüísticos que se hayan seleccionado. Hopper et al. (2015) proponen como contenidos de abordaje directo en personas con TNMa, el trabajo sobre habilidades comunicativas residuales que permitan mantener la funcionalidad, la enseñanza del uso de ayudas externas de comunicación y memoria, así también la entrega de estrategias que le permitan evocar información personal. En la intervención de las personas con afasia, se ha considerado el trabajo directo sobre la memoria de corto plazo y la de trabajo (Murray, 2012), a partir de la evidencia disponible sobre su relevancia en procesos lingüísticos propios de la afasia. En la intervención del TCC a causa de TEC, se agrega la enseñanza de estrategias que le permitan al/la usuario/a autorregular sus intervenciones en las interacciones comunicativas (Meulenbroek et al., 2019).

El método indirecto sugiere modificaciones físicas, sociales y actitudinales, a partir de un trabajo con la familia, cuidadores/as y compañeros/as de comunicación (Hopper, 2001; Hopper et al., 2015; Murray, 2012). Este método recalca la enseñanza y la práctica de estrategias para optimizar la comunicación entre los/as cuidadores/as y/o compañeros/as con la persona con trastorno comunicativo y/o lingüístico (Maneta et al., 2001). Las modificaciones físicas del ambiente y el desarrollo de rutinas y actividades son especialmente relevantes en personas con TNMa (Hopper, 2001). Por otro lado, en la intervención de personas con afasia se describe además el uso de aparatos tecnológicos que permiten la grabación de frases para ser usadas cuando el/la usuario/a lo requiera, permitiéndole formar discursos extensos (Linebarger et al., 2007).

El método mixto incorpora el uso de intervenciones directas e indirectas, debido a que no son excluyentes entre sí. Según el criterio clínico del/la profesional y necesidades de el/la usuario/a, podría ser pertinente su uso. Este último, permite reforzar las habilidades desarrolladas en terapia para las actividades

cotidianas de la persona con su entorno en los distintos contextos, siendo este el más utilizado en la práctica clínica.

Etapa II: Organización Terapéutica

Análisis de factores contextuales

El modelo CIF reconoce como relevante la información de factores contextuales respecto de la condición de salud del/la usuario/a. Estos factores se clasifican en ambientales y personales (OMS, 2001). Adicionalmente, Byrne & Orange (2005) destacan que es necesario identificar como una barrera el desconocimiento de los/as cuidadores/as sobre cómo comunicarse con una persona con demencia. En este caso, desde un enfoque indirecto, plantear la educación de familiares y cuidadores/as sobre técnicas de comunicación, resulta relevante.

Factores Ambientales

Estos constituyen el medio físico, social y actitudinal en que las personas viven y desarrollan sus vidas. El entorno inmediato del individuo, las propiedades físicas y materiales a las que una persona debe enfrentarse y el contacto directo con otras personas como la familia, amigos y compañeros ejemplifican estos factores. También, las condiciones macrosociales pueden actuar como facilitadores o barreras de la condición de salud (OMS, 2001). Estas son los servicios de la comunidad, las organizaciones sociales, el transporte, las redes sociales y el aparato legal (Blake & McLeod, 2018).

Los usuarios que presentan alteraciones neurológicas experimentan dificultades comunicativas que entorpecen su relación con el medio, limitando sus interacciones y roles sociales (Lasker et al., 2007). Esta condición puede provocar una disminución en la participación de actividades sociales, generar aislamiento y sentimiento de soledad (Hjelmblink et al., 2007).

Finalmente, es necesario el reconocimiento del entorno familiar, social y personal de los/as usuario/as, así como la interacción con otros profesionales, a partir de la derivación (Pacheco-Saavedra & Bello-Lepe, 2022). Ello posibilita abordar las características identificadas como barreras, cuando estas son ajenas de las competencias del/la fonoaudiólogo/a. Además, el/la fonoaudiólogo/a no solo debe centrarse en la eliminación de las barreras, sino que los esfuerzos terapéuticos deben propiciar también un aumento de los facilitadores, ya que eliminar las barreras no necesariamente crea un ambiente facilitador (Threats, 2007).

Factores Personales

Consideran las características individuales que no forman parte de la condición de salud, por lo que no están contenidos en el modelo de la CIF (Blake & McLeod, 2018; OMS, 2001). Algunas de las características son el género, la edad, la educación, la raza y la capacidad de resiliencia.

Análisis nivel participación/actividad

Formulación del Objetivo General

Todo plan terapéutico tiene como fin último la participación de la persona en sus diversos contextos de acción. Por lo anterior, es fundamental que la redacción del objetivo general explicita claramente dicho aspecto, con el fin de no perder de vista que la rehabilitación pretende que la persona logre reinsertarse en su comunidad, tal como lo hacía antes de su discapacidad o con las adaptaciones necesarias (OMS, 2001).

El objetivo general fonoaudiológico no requiere ser planteado con criterios de logro medibles sino que debe expresar lo que ocurrirá cuando el/la usuario/a logre el alta terapéutica (Landis et al., 2004). Esta característica separa este objetivo de otros de menor jerarquía, donde es necesario establecer cómo deben ser cuantificados en términos de rendimiento.

Por otra parte, la formulación del objetivo general debe considerar la severidad de los déficits. Al respecto, González y Donoso (2000) plantean que, en el caso de cuadros severos, el trabajo terapéutico debe apuntar al medio familiar y en algunos casos, al social. En los casos leves, se debe considerar también el contexto laboral y/o escolar. Evidentemente, la determinación de las condiciones situacionales en las que el/la usuario/a se desenvuelve no depende solamente de la severidad del cuadro neurocognitivo de manera aislada, sino también de los factores psicosociales del individuo.

Además del contexto, el objetivo debe quedar planteado siempre en términos del/la usuario/a, es decir, debe explicitar hacia quién está dirigido. La literatura muestra que en determinadas ocasiones, los/las terapeutas incluso incorporan el nombre del/la usuario/a en el objetivo (Quinn & Swain, 2018). Al margen de aquello, se sugiere siempre individualizar la planificación incorporando la noción de usuario/a en la redacción del objetivo (Crisosto & Flores, 2022).

Se debe incorporar un objetivo general que esté orientado al ajuste psicosocial (González & Donoso, 2000), dado que los trastornos de la comunicación en el adulto implican importantes alteraciones en el rol de la persona en todos los contextos. Esto implica una

merma de la actividad y participación de la persona en términos bidireccionales, es decir, desde la comunidad hacia el individuo y viceversa. Por ello, la persona requiere ajustarse a su nueva identidad comunicativa, pero también la comunidad circundante debe adaptarse a la nueva forma de comunicarse del individuo.

Análisis nivel función/estructura

Tras la identificación de las funciones y estructuras corporales alteradas se definen los objetivos terapéuticos que permiten establecer mecanismos de cuantificación para la implementación de la intervención (Chaná & Albuquerque, 2006). En esta propuesta se definen dos niveles de objetivos terapéuticos, además del general ya mencionado: los objetivos específicos y los operacionales.

La formulación de estos objetivos debe incorporar la visión del/la usuario/a para satisfacer sus demandas comunicativas y conciliarlas con el equipo de rehabilitación (Chaná & Albuquerque, 2006). Es fundamental considerar a los/las usuarios/as y sus familias en la elaboración de estos objetivos (Siegert & Levack, 2014).

Formulación de objetivos específicos

Los objetivos específicos puntualizan jerárquicamente cada uno de los signos y/o síntomas que se encontraron alterados durante e la evaluación (Aspé, 2015).

Cada objetivo debe estar orientado hacia el establecimiento de una comunicación funcional (García & Canga, 2019). Esto último no necesariamente se explicita en el objetivo específico, pero debe ser parte de la reflexión que se realice al momento de establecer el objetivo. Por ejemplo, en el caso del objetivo específico: “que el usuario aumente su lenguaje expresivo en el contexto de una comunicación funcional” no es necesario explicitar el “contexto comunicativo” en el objetivo. Lo anterior, debido a que esta condición ya fue planteada en el objetivo general y resulta inherente al quehacer fonoaudiológico, por lo que no aporta nueva información en el proceso de planificación terapéutica.

Para la redacción de los objetivos específicos, se sugiere utilizar los contenidos que están expuestos en la Tabla 2.

Formulación de objetivos operacionales

La especificidad de los objetivos operacionales considera el rendimiento del/la usuario/a en las diferentes tareas terapéuticas realizadas en las sesiones de rehabilitación, acorde a los componentes de cada uno de los objetivos específicos (Crisosto, 2021). La operacionalización de variables permite desagregar

conceptos abstractos para llegar a un nivel concreto de acciones que se pueden observar, monitorear y valorar (Reguant & Martínez-Olmo, 2014). De este modo, los contenidos terapéuticos, que son en esencia abstractos, pueden ser verificados en la situación terapéutica mediante los objetivos operacionales.

La metodología SMART (Doran, 1981; Wade, 2009) se ha usado ampliamente para la redacción de los objetivos operacionales. Esta metodología no tiene un origen clínico, sino que organizacional. Es considerada un estándar para el planteamiento de objetivos en las ciencias de la rehabilitación y propone que estos objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con un criterio temporal (Siegert & Levack, 2014). Sin embargo, este enfoque no considera dentro de sus condiciones la adecuación al/la usuario/a ni la vinculación de la actividad con las relaciones humanas que este/a sostiene (Worrall et al., 2011).

La redacción de objetivos de rehabilitación debe realizarse en función de mejorar el rendimiento en la actividad y en la participación de la persona. La formulación de estos objetivos debe considerar los mecanismos cognitivos de aprendizaje y las habilidades que se han desarrollado o rehabilitado en el transcurso de la terapia (Siegert & Levack, 2014). Por esta razón, estos objetivos, frecuentemente, se centran en el nivel estructura/función, ya que lo que se busca es suplir las necesidades comunicativas inmediatas del/la usuario/a, que le permitan interactuar con su entorno cercano. Sin embargo, en la medida en que los mecanismos de aprendizaje mencionados se consoliden, le permitirán al clínico -y lo obligarán- a transitar hacia un nivel de actividad/participación, donde el/la usuario/a pueda practicar todos los recursos aprendidos (García & Canga, 2019).

La metodología SMARTER en el contexto de usuarios/as con afasia complementa el paradigma SMART, ofreciendo trabajar de manera colaborativa con ellos/as para generar un sentido de respeto mutuo, accesible, receptivo y flexible que permite una comprensión más clara del proceso terapéutico (Worrall et al., 2011). Hersh, Worrall, et al. (2012) otorgan una definición para cada una de las letras que componen el acrónimo SMARTER explicando el foco de atención que tiene cada una de ellas.

- a) El término Shared (compartido) implica comprender la perspectiva de los demás participantes para alcanzar acuerdos con el/la usuario/a en el establecimiento de objetivos. A diferencia de SMART que restringe el intercambio de información entre el equipo de trabajo, elaborándose así objetivos no objetivables.
- b) El término Monitored (monitoreado o supervisado) reemplaza el concepto Measure (medido) del marco SMART. Ofrece una

medición que no necesariamente tiene que ser cuantitativa, incluyendo aspectos cualitativos para enriquecer la comprensión del avance terapéutico. Si bien los objetivos deben basarse en la evidencia, estos no deben ser rígidos ni impulsados, únicamente, por los resultados cuantitativos de una evaluación, sino que deben involucrar los requerimientos y deseos de el/la usuario/a.

- c) El término Accesible (del mismo modo en español) refiere a la facilidad para acceder a la información. La información debe ser accesible para las personas con algún impedimento comunicativo, aunque esta adaptación implique un tiempo adicional en el proceso de planificación terapéutica. Por ello, es necesario desarrollar material que permita adecuar los objetivos a un lenguaje asequible para los/las usuarios/os.
- d) El término Relevant (relevante) refiere a establecer un plan terapéutico con objetivos funcionales aplicados a la vida real. Para que una terapia sea relevante para los/las usuarios/as es necesario compartir y trabajar en conjunto con ellos/ellas el proceso de establecimiento de objetivos ya que responden a las necesidades del/la usuario/a respecto de los niveles de actividad y participación (OMS, 2001).
- e) El concepto Transparent (transparente) refiere a la relación que debe existir entre la estructura corporal afectada, el enfoque funcional de las sesiones y los objetivos ligados a la actividad y participación. Se requiere explicitar los vínculos entre el objetivo general, los específicos y el registro de las actividades de la terapia planteadas como objetivos operacionales.
- f) El término Evolving (evolutivo) refuerza la necesidad de revisar regularmente los objetivos e incorporar la oportunidad de que los/las usuarios/os puedan solicitar un cambio en los lineamientos terapéuticos trazados al inicio. Hersh (2003) menciona que los profesionales tienden a dar de alta a aquellos/as usuarios/as que no demuestran cambios positivos en la terapia. Esto no sucedería si los objetivos fueran revisados y replanteados conforme a la evolución de la alteración comunicativa. Se requiere que los/las terapeutas sean más conscientes de la evolución que pueden tener los objetivos individuales y de esta manera hacerlos más eficientes.
- g) El concepto Relationship-centred está centrado en las relaciones de la triada usuario/a - terapeuta - red de apoyo. Destaca que todos los actores del proceso de rehabilitación contribuyen a una buena alianza terapéutica. La alianza terapéutica prioriza el establecimiento de objetivos y la evaluación formal debido a que la comunicación está entrelazada en la conexión social.

Otras conceptualizaciones para el establecimiento de objetivos de rehabilitación

Una de las críticas que se efectúan a los modelos SMART y SMARTER es que son útiles para el planteamiento de metas sencillas y concretas, aunque son lejanas al contexto de rehabilitación que plantea situaciones complejas de abordar (McPherson et al., 2015). En consecuencia, se requiere de otros métodos que se ajusten a esas complejidades.

En este apartado se menciona un método, aunque no se realizará un análisis profundo, debido a la carencia de referencias al mismo en la literatura especializada. Sin embargo, es relevante mencionarlo, por su planteamiento desde otras perspectivas más humanistas sobre la rehabilitación. El método se denomina MEANING y es una propuesta basada en la teoría de la autorregulación y la teoría de control de acción intencional, las que tratan respecto de cómo el ser humano se plantea sus metas (McPherson et al., 2015).

En esta propuesta se establecen una serie de conceptos que derivan del acrónimo, de modo que:

- a) El término Meaning (significativo) refiere a las metas generales y significativas. Se debe identificar lo más relevante como contexto para el planteamiento de cada actividad.
- b) El término Engage (participativo) refiere al compromiso para establecer confianza y una adecuada comunicación que sea la base para discutir qué es lo significativo.
- c) El término Anchor (anclar) refiere a que los objetivos específicos y operacionales deben rescatar lo más significativo para el/la usuario/a, otorgándole sentido a la terapia y que las habilidades adquiridas las podrá continuar utilizando en su vida cotidiana.
- d) El término Negotiate (negociar) refiere a negociar niveles de progreso que permitan alcanzar el logro, estableciendo diferentes niveles de avance.
- e) El término Intention - Implementation Gap (brecha de intención - implementación) refiere a la distancia que se puede producir entre la intención de mejora y la implementación de un objetivo.
- f) El término New Goal (nuevos objetivos) refiere a que lo relevante no está en la persecución de cada objetivo, sino más bien, en el logro de habilidades para enfrentar las distintas situaciones.

Nivel de Generalización/Transferencia

La planificación terapéutica se somete a una serie de reevaluaciones que van acompañando el proceso de intervención

y que determinan el logro de los objetivos específicos y operacionales planteados. Una manera de medir estos logros, es observar que el/la usuario/a utiliza una estrategia aprendida en el contexto terapéutico en un contexto cotidiano (Raimondi, 2019). Por lo anterior, es importante considerar el uso de los modelos pragmáticos y comunicativos de intervención. Cuando se produce la generalización, se está frente al proceso final de intervención, por lo que se puede proponer el alta terapéutica.

No obstante lo anterior, no todos los aspectos son generalizables, por lo que es fundamental conocer aquellos que sí se pueden generalizar. En primer lugar, el logro consecutivo de objetivos operacionales no necesariamente genera un impacto inmediato en la funcionalidad del sujeto. Así, es posible observar un retroceso en alguna habilidad o afectarse el rendimiento por factores psicosociales. Además, puede ocurrir que no se evidencian avances sino hasta que se consoliden varias habilidades.

También, durante la intervención puede ocurrir que no se evidencien todos los logros que una persona alcanzará como consecuencia de un proceso terapéutico. Ello debido a que ciertas habilidades, actividades o tareas requieren necesariamente de la interacción con la sociedad para desarrollarse en su máximo potencial (Tobar Fredes & Toledo Rodríguez, 2021). La complejidad que involucra el proceso de alta de un/a usuario/a requiere un análisis profundo de todos/as los/as intervinientes en el proceso terapéutico cuya discusión excede al propósito del presente trabajo.

El alta debe ser consensuada y anticipada (Hersh, 2003) y está determinada por el cumplimiento de el/los objetivo/s general/es propuesto/s para la recuperación o para la compensación del trastorno de la comunicación (ASHA, 2004).

DISCUSIÓN

Este trabajo entrega una revisión de las bases teóricas que permiten fundamentar la intervención fonoaudiológica en adultos que han sufrido una lesión cerebral. A través de la revisión se busca que el/la terapeuta pueda ordenar y reflexionar sobre los procesos que guían su actuar.

Existen marcos de referencia que han buscado delimitar las acciones para realizar una planificación terapéutica basada en evidencia. Pacheco-Saavedra y Bello-Lepe (2022) realizan una propuesta en base a los componentes de la CIF, la cual se centra en el establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo, tomando como referencia los principios SMARTER para su

construcción. Si bien, los autores comentan que el establecimiento de estas metas debe estar basado en los resultados de la evaluación fonoaudiológica y las necesidades identificadas por la triada usuario/a - familia - terapeuta, su planteamiento no está exento de dificultades. Lo anterior debido a que la evolución del/la usuario/a es lo que determina el progreso del plan terapéutico, de manera que las metas fijadas a mediano o largo plazo, podrían perder relevancia con el tiempo. Si bien, los objetivos terapéuticos también se modifican en función del rendimiento del usuario/a, en el objetivo general se reconoce que independiente de su evolución, lo que se desarrollará es el establecimiento de una comunicación funcional.

Por otro lado, en el modelo de metas no se especifican todas las etapas involucradas en un proceso terapéutico y tampoco establece las metas y los objetivos. Determinar un criterio de jerarquización, las estrategias y el método de intervención, es fundamental, porque posibilitará generar objetivos o metas centrados en la persona y en su entorno.

En la literatura también se destaca el Sistema de Especificación de Tratamientos de Rehabilitación (Hart et al., 2019), el cual busca explicar cómo y por qué funciona un tratamiento de intervención, implementado en la rehabilitación de cualquier disciplina. Además, permite clasificar el tratamiento a través de los 3 elementos: un objetivo de tratamiento, uno o más contenidos (ingredientes) terapéuticos y un mecanismo de acción. Este modelo ha sido aplicado para la determinación de ingredientes terapéuticos en personas con afasias (Basilakos et al., 2022; Cherney et al., 2022) y con TCC a causa de un TEC (Meulenbroek et al., 2019).

Una importante ventaja de este modelo es que se especifican los contenidos terapéuticos que se trabajarán para el cumplimiento de un objetivo y puede tener el potencial de generar una estandarización de los ingredientes (van Stan et al., 2021) que favorecería la comprensión y replicabilidad de los tratamientos, sin embargo, al igual que en el modelo en base a metas, en su selección de contenidos no se especifica la necesidad de establecer de forma previa un enfoque, estrategia o un modelo de abordaje.

La estrategia metodológica empleada en la investigación no sigue un enfoque sistemático en la selección del material a emplear. El énfasis está dado más bien por el análisis respecto de la contribución conceptual de la literatura disponible y no en la explicitación de los métodos de búsqueda, lo cual es coherente con la noción de revisión crítica (Grant & Booth, 2009). Se entiende que los procesos de innovación conceptual se desarrollan

mediante estrategias de acumulación y revisión de la información existente, lo que tiene como efecto que cada versión se suma a sus predecesoras.

Esta propuesta presenta, como limitación, la imposibilidad de atender a los diferentes escenarios de intervención existentes, de manera que, es necesario considerarlo al analizarla. No obstante a ello, el modelo propuesto permite entregar un primer acercamiento a un constructo teórico que sirve de base para la generación de nuevas reflexiones.

CONCLUSIONES

El proceso de planificación terapéutica es complejo y está influenciado por diversos factores por lo que no es posible desarrollarlo a cabalidad en un documento. Por ello, este trabajo no busca erigirse como un modelo único de planificación terapéutica. Más bien, debe entenderse como un marco que está en constante evolución, destacando nuevas perspectivas teóricas descritas en la literatura pero que, por desconocimiento, no se incorporan en la práctica clínica.

Las intervenciones fonoaudiológicas se encuentran situadas dentro de un contexto determinado por las características del/la usuario/a, del/la terapeuta o del centro clínico, la disponibilidad de tiempo de las partes, los recursos materiales, el entorno cultural y/o las condiciones ambientales circundantes y, por tanto, es difícil dar cuenta de todas las realidades particulares a las que la terapia podría tener que adaptarse.

En el establecimiento de objetivos específicos y operacionales, se considera que existe evidencia suficiente para cuestionar el uso de la metodología SMART, promoviendo así otros marcos metodológicos como SMARTER cuya filosofía considera todas las partes intervinientes en el proceso terapéutico o MEANING siempre y cuando se acompañe de la recolección sistemática de evidencia que permita sustentar el uso de esta metodología.

Se reitera la importancia de la individualidad del plan terapéutico, para lo que la CIF entrega un marco preciso. Pese a las deficiencias estructurales y las dificultades funcionales del/la usuario/a, la labor fonoaudiológica debe buscar atender a las limitaciones y restricciones en su actividad y participación, respectivamente, entendiendo la influencia que ejercen los factores personales y ambientales del/la usuario/a, que son los que determinan parte importante de dicha individualidad.

La investigación permite constatar la ausencia de evidencia respecto de los criterios y factores (en tanto objetivos y

funcionalidad) que determinan el proceso de alta de un/a usuario/a con alteraciones neurocognitivas. Ello supone un desafío relevante para futuras investigaciones, ya que permitirá establecer una adecuada articulación entre la planificación terapéutica y el alta fonoaudiológica.

Este trabajo debe ser considerado un punto de partida para la incorporación de nuevos elementos referentes a la planificación terapéutica y no un producto final.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras y el autor de este artículo agradecen especialmente el aporte de la fonoaudióloga Laura Aravena Canese de la Universidad de Concepción por su invaluable opinión en la creación de este artículo.

REFERENCIAS

Akabogu, J., Nnamani, A., Otu, M. S., Ukoha, E., Uloh-Bethels, A. C., Obiezu, M. N., Ike, C. V., Iyekekpolo, O. M., Omile, J. C., & Dike, A. E. (2019). Efficacy of cognitive behavior language therapy for aphasia following stroke: Implications for language education research. *Medicine*, 98(18), e15305. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015305>

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (5ª ed.). American Psychiatric Association. <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (2007). *Scope of Practice in Speech-Language Pathology* (SP2007-00283; pp. SP2007-00283). American Speech-Language-Hearing Association. <https://doi.org/10.1044/policy.SP2007-00283>

American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (2004). *Admission/Discharge Criteria in Speech-Language Pathology*. American Speech-Language-Hearing Association; American Speech-Language-Hearing Association. <https://www.asha.org/policy/gl2004-00046>

Ashford, S., & Turner-Stokes, L. (2015). Goal Attainment Scaling in Adult Neurorehabilitation. En R. J. Siegert & W. M. M. Levack (Eds.), *Rehabilitation Goal Setting: Theory, Practice and Evidence* (pp. 123–142). Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.1201/b17166>

Aspeé, J. (2015). Metodología de planificación operacional. *Revista Electrónica de Trabajo Social Universidad de Concepción*, 12, 82–102. <https://www.revistatsudec.cl/wp-content/uploads/2015/12/Vol-12-2015-v2.pdf>

Baddeley, A. (2018). Aprendizaje. En A. Baddeley, M. Eysenck, & M. Anderson (Eds.), *Memoria* (pp. 135–167). Alianza Editorial. <https://www.google.cl/books/edition/Memoria/9qCbDwAAQBAJ?hl=es>

Bahar-Fuchs, A., Martyr, A., Goh, A. M., Sabates, J., & Clare, L. (2018). Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013069>

Basilakos, A., Hula, W. D., Johnson, L. P., Kiran, S., Walker, G. M., & Fridriksson, J. (2022). Defining the Neurobiological Mechanisms of Action in Aphasia Therapies: Applying the Rehabilitation Treatment Specification System Framework to Research and Practice in Aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 103(3), 581–589. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.10.017>

Basso, A., Forbes, M., & Boller, F. (2013). Chapter 27—Rehabilitation of aphasia. En M. P. Barnes & D. C. Good (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 110, pp. 325–334). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52901-5.00027-7>

Beeson, P. M., Rising, K., Kim, E. S., & Rapcsak, S. Z. (2010). A Treatment Sequence for Phonological Alexia/Agraphia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53(2), 450–468. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2009\)08-0229](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2009)08-0229)

Behn, N., Francis, J., Togher, L., Hatch, E., Moss, B., & Hilari, K. (2021). Description and Effectiveness of Communication Partner Training in TBI: A Systematic Review. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 36(1), 56. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000580>

Benoot, C., Hannes, K., & Bilsen, J. (2016). The use of purposeful sampling in a qualitative evidence synthesis: A worked example on sexual adjustment to a cancer trajectory. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0114-6>

Blake, H. L., & McLeod, S. (2018). The International Classification of Functioning, Disability and Health: Considering Individuals From a Perspective of Health and Wellness. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3(17), 69–77. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG17.69>

Bourgeois, M., Dijkstra, K., Burgio, L., & Allen-Burge, R. (2009). Memory aids as an augmentative and alternative communication strategy for nursing home residents with dementia. *Augmentative and Alternative Communication*, 17(3), 196–210. <https://doi.org/10.1080/aac.17.3.196.210>

Bourgeois, M., Fried-Oken, M., & Rowland, C. (2010). AAC Strategies and Tools for Persons With Dementia. *The ASHA Leader*, 15(3), 8–11. <https://doi.org/10.1044/leader.FTR1.15032010.8>

Braunling-McMorrow, D., Lloyd, K., & Fralish, K. (1986). Teaching Social Skills to Head Injured Adults—ProQuest. *Journal of Rehabilitation*, 52(1), 39–44. <https://www.proquest.com/docview/1310696568?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>

Brookshire, C. E., Conway, T., Pompon, R. H., Oelke, M., & Kendall, D. L. (2014). Effects of Intensive Phonomotor Treatment on Reading in Eight Individuals With Aphasia and Phonological Alexia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23(2), S300–S311. https://doi.org/10.1044/2014_AJSLP-13-0083

Byng, S., & Duchan, J. F. (2005). Social model philosophies and principles: Their applications to therapies for aphasia. *Aphasiology*, 19(10–11), 906–922. <https://doi.org/10.1080/02687030544000128>

Byrne, K., & Orange, J. B. (2005). Conceptualizing communication enhancement in dementia for family caregivers using the WHO-ICF framework. *Advances in Speech Language Pathology*, 7(4), 187–202. <https://doi.org/10.1080/14417040500337062>

Caramazza, A., & Coltheart, M. (2006). Cognitive Neuropsychology twenty years on. *Cognitive Neuropsychology*, 23(1), 3–12. <https://doi.org/10.1080/02643290500443250>

- Castillo-Allendes, A., & Fouilloux, C. (2021). Objetivos de intervención en voz: Una propuesta para su análisis y redacción. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.46634/riics.56>
- Chaná, P., & Alburquerque, D. (2006). The International Classification of Functioning, Disability, and Health and the Neurological Practice. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(2), 89–97. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272006000200002>
- Cherney, L. R., DeDe, G., Hoover, E. L., Murray, L., Obermeyer, J., & Pompon, R. H. (2022). Applying the Rehabilitation Treatment Specification System to Functional Communication Treatment Approaches for Aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 103(3), 599–609. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.10.016>
- Cognitive Training Data. (2014). Open letter response to the Stanford Center on longevity [Blog]. *Cognitive Training Data Response Letter*. <https://www.cognitivetrainingdata.org/the-controversy-does-brain-training-work/response-letter/>
- Crisosto, J. (2021). Theoretical proposal for therapy planning in vocal practice: A ICF model application. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 20, 1–18. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2021.58315>
- Crisosto, J., & Flores, A. (2022). Estructura de los objetivos terapéuticos en la intervención fonoaudiológica de usuarios con necesidades vocales: Una revisión sistemática exploratoria. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 21(1), Article 1. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2022.64698>
- Davis, G. A. (2005). PACE revisited. *Aphasiology*, 19(1), 21–38. <https://doi.org/10.1080/02687030444000598>
- Diehm, E. (2017). Writing Measurable and Academically Relevant IEP Goals With 80% Accuracy Over Three Consecutive Trials. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(16), 34–44. <https://doi.org/10.1044/persp2.SIG16.34>
- Dietz, A., Wallace, S. E., & Weissling, K. (2020). Revisiting the Role of Augmentative and Alternative Communication in Aphasia Rehabilitation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 909–913. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00041
- Doran, G. (1981). There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35–36.
- Efstratiadou, E. A., Papanasiou, I., Holland, R., Archonti, A., & Hilari, K. (2018). A Systematic Review of Semantic Feature Analysis Therapy Studies for Aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(5), 1261–1278. https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-16-0330
- Fasotti, L. (2017). Mechanisms of recovery after acquired brain injury. En B. Wilson, J. Winegardner, C. van Heugten, & T. Ownsworth (Eds.), *Neuropsychological Rehabilitation: The International Handbook* (pp. 25–35). Routledge & CRC Press. <https://www.routledge.com/Neuropsychological-Rehabilitation-The-International-Handbook/Wilson-Winegardner-Heugten-Ownsworth/p/book/9781138643116>
- Friedman, R. B., & Lott, S. N. (2002). Successful blending in a phonological reading treatment for deep alexia. *Aphasiology*, 16(3), 355–372. <https://doi.org/10.1080/02687040143000627>
- Fried-Oken, M., Rowland, C., Daniels, D., Dixon, M., Fuller, B., Mills, C., Noethe, G., Small, J., Still, K., & Oken, B. (2012). AAC to Support Conversation in Persons with Moderate Alzheimer's Disease. *Augmentative and Alternative Communication*, 28(4), 219–231. <https://doi.org/10.3109/07434618.2012.732610>
- Gabbatore, I., Sacco, K., Angeleri, R., Zettin, M., Bara, B. G., & Bosco, F. M. (2015). Cognitive Pragmatic Treatment: A Rehabilitative Program for Traumatic Brain Injury Individuals. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 30(5), E14. <https://doi.org/10.1097/HTR.000000000000087>
- Galletta, E. E., & Barrett, A. M. (2014). Impairment and Functional Interventions for Aphasia: Having it All. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 2(2), 114–120. <https://doi.org/10.1007/s40141-014-0050-5>
- García, V., & Canga, M. (2019). Rehabilitación del lenguaje. En T. Torralva, C. Raimondi, & M. Roca (Eds.), *Rehabilitación cognitiva. De la teoría a la práctica profesional* (pp. 183–198). Editorial El Ateneo. <https://medilibro.com/product/rehabilitacion-cognitiva-de-la-teoria-a-la-practica-profesional/>
- Gavelin, H. M., Lampit, A., Hallock, H., Sabatés, J., & Bahar-Fuchs, A. (2020). Cognition-Oriented Treatments for Older Adults: A Systematic Overview of Systematic Reviews. *Neuropsychology Review*, 30(2), 167–193. <https://doi.org/10.1007/s11065-020-09434-8>
- Giles, G. M., Fussey, I., & Burgess, P. (1988). The behavioural treatment of verbal interaction skills following severe head injury: A single case study. *Brain Injury*, 2(1), 75–79. <https://doi.org/10.3109/02699058809150933>
- González, R., & Donoso, A. (2000). Programa de rehabilitación fonoaudiológica para pacientes afásicos. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 2(3), 35–48. https://www.researchgate.net/publication/340438750_PROGRAMA_DE_REHABILITACION_FONOAUDIOLOGICA_PARA_PACIENTES_AFASICOS
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Harskamp, F. V., & Visch-brink, E. G. (1991). Goal recognition in aphasia therapy. *Aphasiology*, 5(6), 529–539. <https://doi.org/10.1080/02687039108248558>
- Hart, T., Dijkers, M. P., Whyte, J., Turkstra, L. S., Zanca, J. M., Packel, A., Van Stan, J. H., Ferraro, M., & Chen, C. (2019). A Theory-Driven System for the Specification of Rehabilitation Treatments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(1), 172–180. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.09.109>
- Hendriks, P., & Koster, C. (2010). Production/comprehension asymmetries in language acquisition. *Lingua*, 120(8), 1887–1897. <https://doi.org/10.1016/j.lingua.2010.02.002>
- Hersh, D. (2003). “Weaning” clients from aphasia therapy: Speech pathologists’ strategies for discharge. *Aphasiology*, 17(11), 1007–1029. <https://doi.org/10.1080/02687030344000364>
- Hersh, D. (2009). How do people with aphasia view their discharge from therapy? *Aphasiology*, 23(3), 331–350. <https://doi.org/10.1080/02687030701764220>
- Hersh, D., Sherratt, S., Howe, T., Worrall, L., Davidson, B., & Ferguson, A. (2012). An analysis of the “goal” in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26(8), 971–984. <https://doi.org/10.1080/02687038.2012.684339>
- Hersh, D., Worrall, L., Howe, T., Sherratt, S., & Davidson, B. (2012). SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26(2), 220–233. <https://doi.org/10.1080/02687038.2011.640392>

- Hill, N. T. M., Mowszowski, L., Naismith, S. L., Chadwick, V. L., Valenzuela, M., & Lampit, A. (2017). Computerized Cognitive Training in Older Adults With Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *174*(4), 329–340. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030360>
- Hjelmblick, F., Bernsten, C. B., Uvhagen, H., Kunkel, S., & Holmström, I. (2007). Understanding the meaning of rehabilitation to an aphasic patient through phenomenological analysis – a case study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *2*(2), 93–100. <https://doi.org/10.1080/17482620701296358>
- Hopper, T. (2001). Indirect interventions to facilitate communication in Alzheimer's disease. *Seminars in Speech and Language*, *22*(4), 305–315. <https://doi.org/10.1055/s-2001-17428>
- Hopper, T., Douglas, N., & Khayum, B. (2015). Direct and Indirect Interventions for Cognitive-Communication Disorders of Dementia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, *25*(4), 142–157. <https://doi.org/10.1044/nnsld25.4.142>
- Huang, Y., Yapple, Z. A., & Yu, R. (2020). Goal-oriented and habitual decisions: Neural signatures of model-based and model-free learning. *NeuroImage*, *215*, 116834. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.116834>
- Joyal, M., Bonneau, A., & Fecteau, S. (2016). Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *240*, 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.010>
- Landis, K., Vander, J., & Jongsma, A. (2004). *The Speech-Language Pathology Treatment Planner* (1st ed.). John Wiley & Sons.
- Lanzi, A. M., Ellison, J. M., & Cohen, M. L. (2021). The “Counseling+” Roles of the Speech-Language Pathologist Serving Older Adults With Mild Cognitive Impairment and Dementia From Alzheimer's Disease. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, *6*(5), 987–1002. https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00295
- Lasker, J., Garrett, K., & Fox, L. (2007). Severe aphasia. En D. Beukelman, K. Garrett, & K. Yorkston (Eds.), *Augmentative communication strategies for adults with acute or chronic medical conditions* (pp. 163–206). Paul H. Brookes. <https://products.brookespublishing.com/Augmentative-Communication-Strategies-for-Adults-with-Acute-or-Chronic-Medical-Conditions-P73.aspx>
- Lehman, M., Frymark, T., & Venedictov, R. (2013). An Evidence-Based Systematic Review on Communication Treatments for Individuals With Right Hemisphere Brain Damage. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *22*(1), 146–160. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012\)12-0021](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012)12-0021)
- Leopold, A., Krueger, F., dal Monte, O., Pardini, M., Pulaski, S. J., Solomon, J., & Grafman, J. (2012). Damage to the left ventromedial prefrontal cortex impacts affective theory of mind. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *7*(8), 871–880. <https://doi.org/10.1093/scan/nsr071>
- Linebarger, M., McCall, D., Virata, T., & Berndt, R. S. (2007). Widening the temporal window: Processing support in the treatment of aphasic language production. *Brain and Language*, *100*(1), 53–68. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2006.09.001>
- Maneta, A., Marshall, J., & Lindsay, J. (2001). Direct and indirect therapy for word sound deafness. *International journal of language & communication disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, *36*, 91–106. <https://doi.org/10.1080/13682820150217581>
- Manning, L. (1990). Neuropsychología cognitiva: Consideraciones metodológicas. *Studies in Psychology*, *11*(43–44), 151–168. <https://doi.org/10.1080/02109395.1990.10821148>
- Marshall, S., Harnett, A., Welch-West, P., Ferri, C., Janzen, S., Togher, L., & Teasell, R. (2021). Cognitive Communication Post Acquired Brain Injury. En R. Teasell, N. Cullen, S. Marshall, M. Bayley, & A. Harnett (Eds.), *Evidence-Based Review of Moderate to Severe Acquired Brain Injury* (14th ed., pp. 1–60). https://erabi.ca/wp-content/uploads/2018/12/Module-1_V12_Intro.pdf
- McPherson, K., Kayes, N., & Kersten, P. (2015). MEANING as a Smarter Approach to Goals in Rehabilitation. En R. J. Siegert & W. M. M. Levack (Eds.), *Rehabilitation Goal Setting: Theory, Practice and Evidence*. Taylor & Francis Group. <https://www.routledge.com/Rehabilitation-Goal-Setting-Theory-Practice-and-Evidence/Siegert-Levack/p/book/9781138075184>
- Meulenbroek, P., Ness, B., Lemoncello, R., Byom, L., MacDonald, S., O'Neil-Pirozzi, T. M., & Moore Sohlberg, M. (2019). Social communication following traumatic brain injury part 2: Identifying effective treatment ingredients. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *21*(2), 128–142. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1583281>
- Murray, L. L. (2012). Direct and indirect treatment approaches for addressing short-term or working memory deficits in aphasia. *Aphasiology*, *26*(3–4), 317–337. <https://doi.org/10.1080/02687038.2011.589894>
- O' Philbin, L., Woods, B., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia: An abridged Cochrane systematic review of the evidence from randomized controlled trials. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *18*(9), 715–727. <https://doi.org/10.1080/14737175.2018.1509709>
- Oltra-Cucarella, J., Pérez-Elvira, R., Espert, R., & Sohn McCormick, A. (2016). Are cognitive interventions effective in Alzheimer's disease? A controlled meta-analysis of the effects of bias. *Neuropsychology*, *30*(5), 631–652. <https://doi.org/10.1037/neu0000283>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (Ed.). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Grafo. https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
- Pacheco-Saavedra, J., & Bello-Lepe, S. (2022). Estrategias de planificación a lo largo del curso de la vida. En A. Herrera Lillo & M. Sandoval Ramírez (Eds.), *Identidad profesional y fonoaudiología. Reflexiones y fundamentos prácticos* (pp. 142–164). Ediciones UVM.
- Patterson, K., & Shewell, C. (1987). Speak and spell. Dissociations and word-class effect. En M. Coltheart, G. Sartori, & R. Job (Eds.), *The Cognitive Neuropsychology of Language* (pp. 273–294). Psychology Press. <https://www.routledge.com/The-Cognitive-Neuropsychology-of-Language/Coltheart-Sartori-Job/p/book/9781848723108>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage Publications. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/qualitative-research-evaluation-methods/book232962>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice | Online Resources* (4th ed.). Sage Publications. <https://study.sagepub.com/patton4e>
- Purdy, M., Coppens, P., Madden, E. B., Mozeiko, J., Patterson, J., Wallace, S. E., & Freed, D. (2018). Reading comprehension treatment in aphasia: A systematic review. *Aphasiology*, *33*(6), 629–651.

<https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1482405>

Quinn, S., & Swain, N. (2018). Efficacy of intensive voice feminisation therapy in a transgender young offender. *Journal of Communication Disorders*, 72, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.02.001>

Raimondi, C. (2019). La planificación y el diseño. En T. Torralva, C. Raimondi, & M. Roca (Eds.), *Rehabilitación cognitiva. De la teoría a la práctica profesional* (pp. 85–100). Editorial El Ateneo. <https://medilibro.com/product/rehabilitacion-cognitiva-de-la-teoria-a-la-practica-profesional/>

Raymer, A., & Turkstra, L. (2017). Rehabilitation of language disorders in adults and children. En B. Wilson, J. Winegardner, C. van Heugten, & T. Ownsworth (Eds.), *Neuropsychological Rehabilitation: The International Handbook* (pp. 25–35). Routledge & CRC Press. <https://www.routledge.com/Neuropsychological-Rehabilitation-The-International-Handbook/Wilson-Winegardner-Heugten-Ownsworth/p/book/9781138643116>

Reguant, M., & Martínez-Olmo, F. (2014). *Operacionalización de conceptos/variables*. Barcelona: Dipòsit Digital de la UB. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/57883/1/Indicadores-Repositorio.pdf>

Rose, M. L., Raymer, A. M., Lanyon, L. E., & Attard, M. C. (2013). A systematic review of gesture treatments for post-stroke aphasia. *Aphasiology*, 27(9), 1090–1127. <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.805726>

Rosewilliam, S., Roskell, C. A., & Pandyan, A. (2011). A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 25(6), 501–514. <https://doi.org/10.1177/0269215510394467>

Ruiz-Gutiérrez, J., Arias-Sánchez, S., & Martín-Monzón, I. (2020). Neuropsychology of executive functions in patients with focal lesion in the prefrontal cortex: A systematic review. *Brain and Cognition*, 146, 105633. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2020.105633>

Schneider, B., & Koenigs, M. (2017). Human lesion studies of ventromedial prefrontal cortex. *Neuropsychologia*, 107, 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.09.035>

Siebert, R. J., & Levack, W. M. M. (2014). *Rehabilitation Goal Setting: Theory, Practice and Evidence*. CRC Press.

Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. R. (2016). Communication Partner Training in Aphasia: An Updated Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(12), 2202–2221.e8. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.023>

Stanford Center on Longevity. (2014). *A Consensus on the Brain Training Industry from the Scientific Community*. Stanford Center on Longevity. <https://longevity.stanford.edu/a-consensus-on-the-brain-training-industry-from-the-scientific-community-2/>

Stroke Foundation. (2021). *Clinical Guidelines for Stroke Management. Melbourne Australia*. Living Clinical Guidelines for Stroke Management. <https://informme.org.au/guidelines/living-clinical-guidelines-for-stroke-management>

Sugavanam, T., Mead, G., Bulley, C., Donaghy, M., & van Wijck, F. (2013). The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation – a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 35(3), 177–190. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.690501>

Suri, H. (2011). Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis. *Qualitative Research Journal*, 11(2), 63–75. <https://doi.org/10.3316/QRJ1102063>

Tan, B.-L., Lee, S.-A., & Lee, J. (2018). Social cognitive interventions for people with schizophrenia: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 35, 115–131. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.06.013>

Taylor, W. J., Brown, M., William, L., McPherson, K. M., Reed, K., Dean, S. G., & Weatherall, M. (2012). A pilot cluster randomized controlled trial of structured goal-setting following stroke. *Clinical Rehabilitation*, 26(4), 327–338. <https://doi.org/10.1177/0269215511419384>

Threats, T. (2007). Access for persons with neurogenic communication disorders: Influences of Personal and Environmental Factors of the ICF. *Aphasiology*, 21(1), 67–80. <https://doi.org/10.1080/02687030600798303>

Tippett, D. C., Niparko, J. K., & Hillis, A. E. (2014). Aphasia: Current Concepts in Theory and Practice. *Journal of Neurology & Translational Neuroscience*, 2(1), 1042.

Tobar Fredes, R., & Toledo Rodríguez, L. (2021). Consideraciones generales para la evaluación de la persona con afasia. En R. Tobar Fredes & L. Toledo Rodríguez (Eds.), *Manejo fonoaudiológico de la persona con afasia* (pp. 41–48). Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile. <https://doi.org/10.34720/sk5c-p194>

Tobar-Fredes, R., & Salas, C. (2022). Rehabilitation of communication in people with traumatic brain injury: A systematic review of types of intervention and therapeutic ingredients (Rehabilitación de la comunicación en personas con traumatismo encefalocraneal: una revisión sistemática de tipos de intervención e ingredientes terapéuticos). *Studies in Psychology*, 43(1), 88–131. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.2009292>

Torralva, T. (2019). Fundamentos, bases y principios de la rehabilitación cognitiva. En T. Torralva, C. Raimondi, & M. Roca (Eds.), *Rehabilitación cognitiva. De la teoría a la práctica profesional* (pp. 17–34). Editorial El Ateneo. <https://medilibro.com/product/rehabilitacion-cognitiva-de-la-teoria-a-la-practica-profesional/>

Tranel, D. (2002). Emotion, Decision Making, and the Ventromedial Prefrontal Cortex. En D. T. Stuss & R. T. Knight (Eds.), *Principles of Frontal Lobe Function* (pp. 338–353). Oxford University Press.

van Stan, J., Whyte, J., Duffy, J. R., Barkmeier-Kraemer, J. M., Doyle, P. B., Gherson, S., Kelchner, L., Muise, J., Petty, B., Roy, N., Stemple, J., Thibeault, S., & Tolejano, C. J. (2021). Rehabilitation Treatment Specification System: Methodology to Identify and Describe Unique Targets and Ingredients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(3), 521–531. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.09.383>

Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation: An overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 291–295. <https://doi.org/10.1177/0269215509103551>

Webster, J., & Whitworth, A. (2012). Treating verbs in aphasia: Exploring the impact of therapy at the single word and sentence levels. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(6), 619–636. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00174.x>

Wisensburn, B., & Mahoney, K. (2009). A meta-analysis of word-finding treatments for aphasia. *Aphasiology*, 23(11), 1338–1352. <https://doi.org/10.1080/02687030902732745>

Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309–322.
<https://doi.org/10.1080/02687038.2010.508530>