



GMD
TF

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



2892

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA

“Diversos enfoques sobre el estrés como causa del accidente cerebrovascular y su aporte a la práctica fonoaudiológica”.

Alumnas:

Benavidez, Gabriela;

Llull, Eliana.

Con la supervisión de:

Lic. en fonoaudiología Andrada, Betiana

ROSARIO, ARGENTINA

ABRIL, 2026

Ensayo presentado por:

Benavidez Gabriela

.....

Llull Eliana

.....

Con la supervisión de:

Andrada Betiana

.....

Aprobada por:

.....

.....

.....

En Rosario, a los.....días del mes de..... del año.....

Legajo/s: B-1938/1

L-1151/7

Agradecimientos

A nuestra familia y amigas, por ser el sostén incondicional en cada etapa de este camino; sin su apoyo y contención en los momentos difíciles, este logro no sería realidad.

A nuestra tutora Betiana, por la generosidad al compartir su conocimiento, por su guía y acompañamiento constante.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, la Escuela de Fonoaudiología, nuestra segunda casa. Agradecemos profundamente a la universidad pública por los valores de compromiso social y ética que nos ha brindado, formándonos no solo como profesionales, sino también como ciudadanas conscientes de su entorno.

A nuestras compañeras de la facultad, con quienes compartimos largas jornadas de estudio, mates y desafíos. Gracias por hacer que el trayecto fuera más liviano y por el aguante mutuo que generó vínculos para toda la vida.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Objetivos	7
Problematización	8
Desarrollo	10
Capítulo I, Primera Parte	10
¿Qué Es El Estrés?	10
Capítulo I, Segunda Parte	14
Estrés y Sistema Nervioso Autónomo	14
Capítulo II	16
Accidente Cerebrovascular	16
Capítulo III	19
Clínica Fonoaudiológica	19
El estrés en el proceso de rehabilitación	19
La fonoaudiología y las secuelas del ACV	20
Los estresores psicológicos en la práctica fonoaudiológica	22
Interdisciplina	25
Conclusiones	27
Fuentes Utilizadas	29

Resumen

Este ensayo analiza la relación entre el estrés crónico y el accidente cerebrovascular (ACV), así como la intervención fonoaudiológica desde una perspectiva interdisciplinaria. El trabajo aborda el estrés desde tres planos complementarios: como factor de riesgo modificable en la aparición del ACV, como agente que interfiere en el proceso de rehabilitación, y como estresor psicológico emergente en la práctica fonoaudiológica.

A partir de los aportes de Selye, se examina cómo la persistencia del estrés desregula el equilibrio homeostático y la alostasis. La activación del eje simpato-adreno-medular (SAM) genera hipertensión y alteraciones vasculares, configurándose como uno de los múltiples factores de riesgo modificables para eventos isquémicos o hemorrágicos. En el ámbito clínico, el ACV produce secuelas que comprometen funciones vitales como el lenguaje (afasias), el habla (disartrias) y la deglución (disfagias).

El abordaje fonoaudiológico trasciende la recuperación de funciones cognitivas y motoras, constituyéndose como pilar para la salud mental del paciente. Dado que el lenguaje es el medio primordial para la construcción de identidad y la regulación emocional, su afectación deja al individuo vulnerable frente al trauma. La intervención no solo busca la readquisición de habilidades comunicativas y vitales, sino que actúa como facilitadora del proceso terapéutico integral.

Finalmente, se concluye que el éxito de la rehabilitación radica en la gestión del estrés y la coordinación interdisciplinaria. Si bien el estrés es multifactorial, su regulación es imperativa para mejorar el pronóstico clínico y la calidad de vida de los pacientes tras un ACV.

Palabras clave: estrés, accidente cerebrovascular, clínica fonoaudiológica, interdisciplina.

Introducción

La supervivencia de los organismos depende, desde siempre, de su habilidad para ajustarse a un ambiente en permanente transformación y contar con herramientas para afrontar las diversas problemáticas que se enfrentan cotidianamente.

Selye (1936) define al estrés como la respuesta inespecífica del cuerpo frente a las exigencias internas y externas, o frente a cualquier fuerza que se ejerza sobre el organismo. De ahí que se entienda al estrés como un proceso de adaptación al medio, necesario para que el ser humano se movilice ante un evento. Sin embargo, se vuelve perjudicial para la salud cuando se vuelve crónico y persiste en el tiempo. Una de las consecuencias podría ser convertirse en uno de los factores de riesgo para un accidente cerebrovascular.

Cabe señalar que, aunque el título de este trabajo retoma una denominación de uso frecuente en la literatura de divulgación, a lo largo del ensayo el estrés será abordado en su carácter de factor de riesgo modificable, en consonancia con el consenso científico actual que reconoce la naturaleza multifactorial de las enfermedades cerebrovasculares (Dimsdale, 2008; Franklin et al., 2021). Esta precisión conceptual resulta fundamental para un tratamiento académicamente riguroso del tema.

El accidente cerebrovascular constituye una de las principales causas de discapacidad adquirida en la adultez, afectando funciones motoras, cognitivas y comunicativas que requieren abordajes terapéuticos complejos. La fonoaudiología juega un papel central en la rehabilitación de las secuelas que comprometen el lenguaje, la deglución y otras funciones comunicativas, trabajando de manera interdisciplinaria para favorecer la calidad de vida de las personas.

Objetivos

- Analizar la importancia del estrés como causa de accidente cerebrovascular.
- Explorar esta problemática, con el fin de enriquecer la práctica fonoaudiológica.
- Examinar la importancia de regular el estrés en el contexto de la clínica fonoaudiológica.
- Reflexionar sobre el proceso de abordaje desde una perspectiva interdisciplinaria.

Problematización

En la actualidad, el estrés se ha convertido en un fenómeno ampliamente presente en la población adulta. La vida cotidiana se desarrolla en contextos caracterizados por ritmos acelerados, múltiples demandas laborales y sociales, así como por una permanente presión por alcanzar objetivos. A ello se suma la necesidad de responder a exigencias económicas y satisfacer requerimientos básicos, lo que contribuye a que las personas se encuentren expuestas de manera continua a situaciones de tensión.

Desde un enfoque neurobiológico, el estrés podría actuar como uno de los múltiples factores de riesgo modificables que contribuyen a la aparición de un accidente cerebrovascular. Cuando una persona se enfrenta a una situación percibida como amenazante, se activa el sistema nervioso simpático, responsable de preparar al organismo para responder a una emergencia. Esta activación desencadena una cascada fisiológica que se inicia en el hipotálamo y continúa con la estimulación de las glándulas suprarrenales, las cuales liberan catecolaminas como adrenalina y noradrenalina. Este proceso, conocido como activación del eje simpato-adreno-medular (SAM), genera un aumento inmediato de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y del estado de alerta. Si bien esta respuesta es adaptativa en situaciones agudas y breves, su persistencia en el tiempo puede producir efectos nocivos, como hipertensión sostenida y alteraciones en la coagulación sanguínea.

A los fines de organizar el análisis, el presente ensayo aborda el estrés desde tres planos complementarios y diferenciados: en primer lugar, el estrés como factor de riesgo modificable en la prevención del ACV; en segundo lugar, el estrés como agente que interfiere en el proceso de rehabilitación; y en tercer lugar, los estresores psicológicos que emergen como consecuencia del ACV y que impactan directamente en la clínica fonoaudiológica.

En este contexto, la intervención fonoaudiológica adquiere un rol fundamental en la atención de personas que han atravesado un accidente cerebrovascular, trabajando junto a otros profesionales de manera interdisciplinaria para la rehabilitación de las funciones afectadas. Actualmente, la indagación sobre la presencia de estrés constituye un componente indispensable dentro de la historia

clínica, dado su impacto en la salud integral. Esto invita a reflexionar sobre el lugar que se le otorga al estrés en la práctica cotidiana y en los procesos de rehabilitación post-ACV.

Desarrollo

Capítulo I, Primera Parte

¿Qué Es El Estrés?

Desde un enfoque neurobiológico, McEwen (2000) define el estrés en los siguientes términos:

El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. En medicina, el estrés es referido como una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan. (p. 172)

El estrés ocurre cuando los cambios en el medio externo o interno son interpretados por el organismo como una amenaza a su homeostasis (McEwen, 2000). La habilidad del organismo de ejecutar la respuesta apropiada a cambios ambientales potencialmente estresantes requiere del correcto reconocimiento del cambio ambiental y la activación de la respuesta de estrés.

La capacidad de eliminar el estresor (aquella amenaza real o supuesta) activamente mediante la relocalización o la evitación requiere la evolución de habilidades para detectar o anticipar los factores estresantes y el conocimiento o memoria de las estrategias o ajustes exitosos para evitarlos. La evolución de estas estrategias se da cuando los eventos estresantes son predecibles, prolongados y frecuentes con relación a los tiempos generacionales de los individuos (McEwen, 2000).

Tratando de definir al estrés, Selye (1936), desde el mismo enfoque, realizó su investigación sobre un grupo de ratas, a las que expuso a un factor estresante. Tras su estudio, llegó a la conclusión de que los cambios en los cuerpos de las ratas eran una respuesta no específica a una situación displacentera. Buscando una manera de describir esta respuesta, tomó un término de la física y estableció que las ratas estaban “sufriendo estrés”. De hecho, el término estrés ya había sido introducido en la medicina durante la década de 1920 por el fisiólogo Cannon (1929), quien lo definió como la respuesta ante una amenaza a nuestro equilibrio interno u homeostasis.

Lo que hizo Selye fue construir dos conceptos: el cuerpo tiene un grupo de respuestas ante el estresor, que denominó síndrome general de adaptación (SGA), y que si el estrés se prolonga por mucho tiempo puede volverse perjudicial para la salud (Selye, 1936, 1956).

También planteó una respuesta al estrés dividida en tres etapas (Selye, 1956): la primera fase, de alarma, es cuando se detecta la presencia del estresor; la segunda fase, de adaptación o resistencia, es cuando se moviliza el sistema de respuesta volviendo al equilibrio para mantener la homeostasis, lo que se denomina “alostasis”; por último, la tercera fase, de agotamiento, ocurre si el estresor se prolonga en el tiempo, surgiendo entonces las alteraciones relacionadas con el estrés crónico.

Algunas de las respuestas al estrés son el aumento de la disponibilidad de energía y la inhibición del proceso de almacenamiento de grasas y de azúcar (McEwen, 2000; Selye, 1956). Desde estos aportes endocrinológicos, frente al estrés, la glucosa, las formas simples de proteínas y grasas se liberan de los adipocitos y el hígado; estos son llevados a los músculos por la sangre mediante un aumento en la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria (McEwen, 2000).

Otro componente importante de la respuesta al estrés es la inhibición de lo que se denominan “proyectos a largo plazo”, ya que toda la energía se concentra en lo que está sucediendo en el presente inmediato. En consecuencia, se inhiben la función digestiva, el crecimiento y la reproducción. En términos generales, disminuye también la síntesis de proteínas, lo que afecta la reparación de tejidos, la formación de anticuerpos del sistema inmune y la elaboración del esqueleto neuronal. Además, la percepción del dolor se altera, al igual que las habilidades cognitivas (McEwen, 2000; Selye, 1956).

En articulación con el enfoque neurobiológico, que describe los mecanismos fisiológicos implicados, el enfoque psicológico aporta una dimensión complementaria, al considerar el estrés como el resultado de la interacción entre las demandas del entorno y la manera en que el individuo las percibe y afronta. Según Steptoe (2000), la respuesta al estrés se manifiesta en cuatro dominios: la fisiología, el comportamiento, la experiencia subjetiva y la función cognitiva. El

estrés no debe entenderse únicamente como una reacción fisiológica, sino como una experiencia que se construye a partir de la interacción entre las demandas del entorno y la forma en que el individuo las percibe y afronta. En este sentido, el estrés se vincula estrechamente con procesos cognitivos y emocionales: la evaluación que realiza la persona sobre una situación, si la considera amenazante, exigente o desbordante, resulta central para que se active la respuesta de estrés.

Stephoe (2000) destaca, asimismo, que las situaciones de estrés especialmente en el ámbito laboral implican la puesta en marcha de mecanismos psicológicos como la atención, la percepción del control y la capacidad de resolución de problemas. Cuando las demandas superan los recursos percibidos por el individuo, se genera una sensación de sobrecarga que puede traducirse en malestar emocional, ansiedad o tensión psicológica. De esta manera, el estrés no depende exclusivamente de las características objetivas del entorno, sino de cómo estas son interpretadas subjetivamente. La posibilidad de influir sobre las propias tareas o decisiones actúa como un factor protector, mientras que la falta de control incrementa la vulnerabilidad psicológica. Esto refuerza la idea de que el estrés está profundamente ligado a la vivencia subjetiva del individuo y a su sensación de autonomía dentro de las situaciones que enfrenta.

Desde un enfoque psicosocial, Dimsdale (2008) pone el foco en el contexto en el que se desarrolla una persona, considerando factores como las exigencias laborales, las condiciones socioeconómicas y las dinámicas familiares. En este sentido, señala:

Los sujetos que tienen trabajos con bajo control tienen una sensibilidad barorrefleja embotada; es decir, cuando su presión arterial aumenta, no logran realizar los ajustes adecuados de la frecuencia cardíaca. Otros estudios han demostrado que los trabajadores con bajo control laboral responden a los estresores en el entorno de laboratorio con un aumento de fibrinógeno. Dichos estudios parecen sugerir que el paciente con estrés laboral está predispuesto a hiperresponder a los estresores incluso fuera del entorno laboral. (p. 1240)

En síntesis, el estrés se configura como un proceso complejo y multidimensional que no puede ser reducido únicamente a una respuesta biológica. Desde el enfoque neurobiológico, se comprende como un conjunto de mecanismos fisiológicos orientados a la adaptación del organismo frente a amenazas, cuya activación sostenida puede derivar en efectos perjudiciales para la salud. A su vez, los aportes psicológicos destacan el papel central de la percepción, la evaluación cognitiva y los recursos de afrontamiento en la experiencia del estrés, subrayando su carácter subjetivo. Finalmente, la perspectiva psicosocial amplía esta comprensión al situar al individuo en un entramado de condiciones contextuales que modulan tanto la aparición como la intensidad de la respuesta de estrés. De este modo, se evidencia que el estrés resulta de la interacción dinámica entre los enfoques neurobiológicos, psicológicos y psicosociales, lo que permite abordarlo de manera integral en los distintos campos de la salud.

Capítulo I, Segunda Parte

Estrés y Sistema Nervioso Autónomo

La respuesta al estrés tiene estrecha relación con el sistema nervioso autónomo: parte de este sistema se activa mientras que otra parte se inhibe (McEwen, 2000).

Desde el enfoque neurobiológico, esta relación se justifica por la activación del sistema nervioso simpático. Las proyecciones de este sistema, que parten desde el cerebro e irradian desde la médula espinal, contactan casi todos los órganos, vasos sanguíneos y glándulas sudoríparas del cuerpo. Este sistema se activa cuando el cerebro considera la presencia de una emergencia, aumentando la vigilancia, la motivación y la activación general. El hipotálamo desencadena la estimulación de las glándulas adrenales o suprarrenales, en particular de la médula, que liberan catecolaminas: adrenalina y noradrenalina. Esta es la activación rápida del denominado eje SAM (simpato-adreno-medular).

Por su parte, el sistema nervioso parasimpático, la otra parte del sistema nervioso autónomo, se inhibe. Este sistema regula las funciones vegetativas que promueven el crecimiento y el almacenamiento de energía.

El mantenimiento prolongado de niveles elevados de catecolaminas favorece la vasoconstricción, que puede provocar daño en la pared vascular, hipertensión sostenida y alteraciones en la coagulación sanguínea. Estos mecanismos, en conjunto, incrementan la probabilidad de obstrucciones o rupturas en los vasos cerebrales, lo cual constituye la base fisiopatológica de los distintos tipos de accidente cerebrovascular (Dimsdale, 2008; McEwen, 2000).

A su vez, la inhibición simultánea del sistema nervioso parasimpático, encargado de funciones de recuperación, reparación y ahorro de energía, impide que el organismo restablezca su equilibrio interno, profundizando el desgaste sistémico. De este modo, la desregulación crónica de los sistemas de respuesta al estrés termina comprometiendo la salud cardiovascular y cerebrovascular (Dimsdale, 2008).

En síntesis, la respuesta al estrés implica una activación coordinada del sistema nervioso autónomo, en la que predomina el sistema simpático y se inhibe

transitoriamente el parasimpático. Este patrón resulta adaptativo frente a situaciones de amenaza, ya que permite una rápida movilización de recursos del organismo. Sin embargo, cuando esta activación se prolonga en el tiempo, puede generar un estado de sobrecarga fisiológica. La persistencia en la activación del eje simpato-adreno-medular y la liberación sostenida de catecolaminas favorecen alteraciones vasculares y hemodinámicas, mientras que la reducción de los procesos de recuperación limita la restitución del equilibrio interno. De este modo, es la cronificación de esta dinámica lo que compromete la homeostasis y, sin constituir una causa directa, podría posibilitar la aparición de un accidente cerebrovascular, ubicándose entre los factores de riesgo que contribuyen a su desarrollo.

Capítulo II

Accidente Cerebrovascular

El accidente cerebrovascular se define como una enfermedad que afecta a las arterias del cerebro o aquellas que llegan al cerebro, principalmente la arteria cerebral media y sus ramas perforantes (Díez Tejedor & Soler, 1999). Se trata de una lesión que se produce en un vaso arterial, una insuficiencia circulatoria debida a rotura u obstrucción en forma brusca, por la cual las células y tejidos de la zona afectada quedan sin oxígeno y, en consecuencia, pierden su función. Es un déficit neurológico súbito y no previsto, producido en forma repentina. Los síntomas dependen de la gravedad del cuadro, es decir, del vaso y/o arteria que se vean afectados y de la localización de la lesión.

Las enfermedades cerebrovasculares son de naturaleza multifactorial: no existe una causa única que las provoque, sino una confluencia de factores de riesgo que, en conjunto, incrementan la probabilidad de que ocurra un evento vascular. Entre los factores no modificables se encuentran la edad, los antecedentes familiares, el sexo y la raza. Sin embargo, existen factores de riesgo modificables que pueden controlarse, entre ellos el tabaquismo, el consumo de alcohol y de drogas, la hipertensión arterial, los niveles altos de colesterol, la diabetes, la obesidad, el sedentarismo y el estrés (Fundación Española del Corazón, 2021). La relevancia de identificar y actuar sobre los factores modificables, incluido el estrés, radica en la posibilidad de implementar estrategias de prevención primaria y secundaria.

Según Díez Tejedor y Soler (1999), hay dos tipos de accidente cerebrovascular según la forma de afección.

El ACV isquémico, es en el que el flujo sanguíneo cerebral se interrumpe, provocando una isquemia. La obstrucción de alguna rama de la arteria interrumpe la circulación y produce la falta de oxigenación del tejido, lo que provoca daño o muerte cerebral por hipoxia. Puede originarse por trombosis de una arteria cerebral, por una embolia, por una hipotensión brusca o por arterioesclerosis cerebral. El ACV isquémico puede ser focal, si toma una pequeña porción, o global, si compromete todo un hemisferio. Se denomina zona de sombra a la región con daño

irreversible producto de la isquemia y zona de penumbra a la zona potencialmente reversible o con afectación parcial.

Las lesiones isquémicas se clasifican también de acuerdo con la evolución clínica en el tiempo (Díez Tejedor & Soler, 1999): el accidente isquémico transitorio (AIT o TIA), cuando el paciente presenta una isquemia cerebral y se recupera el 100% dentro de las 24 horas; el déficit neurológico isquémico reversible (RIND), cuando la recuperación total ocurre dentro de los 28 días; el accidente cerebrovascular en curso, cuando no se recupera totalmente dentro de los 28 días; y el accidente cerebrovascular instalado o definitivo, cuando el paciente no se recupera.

El otro tipo de accidente cerebrovascular es el hemorrágico, que ocurre cuando un vaso sanguíneo de una parte del cerebro se debilita y se rompe. La sangre se escapa hacia el encéfalo, provocando una hemorragia intracerebral o una hemorragia subaracnoidea. La hemorragia intracerebral puede ser parenquimatosa o ventricular. Algunas personas tienen defectos en los vasos sanguíneos del cerebro que hacen que esto sea más propenso (Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo, 2019). Estos defectos pueden ser:

- Aneurisma, un área débil en la pared de un vaso sanguíneo que provoca que al vaso se le forme una protuberancia o una burbuja en la parte exterior.
- Malformación arteriovenosa, una conexión anormal entre las arterias y venas.
- Angiopatía cerebral amiloide, una afección en la que las proteínas amiloides se acumulan en las paredes de las arterias del cerebro.

En el contexto de este ensayo, el accidente cerebrovascular no solo debe comprenderse como un evento neurológico agudo de origen multifactorial, sino también como una condición que inaugura un proceso complejo de reorganización funcional, subjetiva y social. Las secuelas del ACV impactan directamente en áreas que constituyen el objeto de estudio de la fonoaudiología; lenguaje, habla, voz y deglución, afectando la comunicación y la calidad de vida del sujeto. A su vez, tal como se ha desarrollado, el estrés se inscribe tanto en la génesis del evento, al

constituirse como uno de sus factores de riesgo, como en su evolución posterior, influyendo en las condiciones de recuperación. En este sentido, la clínica fonoaudiológica se posiciona como un espacio de intervención necesario, donde no solo se abordan las alteraciones comunicativas derivadas del daño neurológico, sino también las dimensiones emocionales y cognitivas que atraviesan al paciente, integrando el estrés como un eje transversal en el proceso terapéutico.

Capítulo III

Clínica Fonoaudiológica

En el presente capítulo, el análisis del estrés se despliega en los tres planos delimitados en la problematización: como factor de riesgo ya abordado en los capítulos anteriores, como agente que interfiere en el proceso de rehabilitación fonoaudiológica, y como estresor psicológico emergente del propio impacto del ACV sobre el paciente y su entorno.

El estrés en el proceso de rehabilitación

Posterior al accidente cerebrovascular, en la mayoría de los casos, el estrés aún persiste. Este, además de provocar un desbalance en los circuitos neuronales, afecta la cognición, el estado de ánimo y los dispositivos básicos de aprendizaje, los cuales resultan indispensables para los procesos de rehabilitación (Doewes et al., 2021). El estrés no solo actúa como una respuesta fisiológica, sino también como una experiencia subjetiva que puede interferir en la capacidad del paciente para sostener la atención, procesar nueva información y consolidar aprendizajes, aspectos centrales en la recuperación funcional. A su vez, la presencia de ansiedad, frustración o sensación de sobrecarga frente a las demandas terapéuticas puede disminuir la motivación y la adherencia al tratamiento, enlenteciendo los avances esperados.

El proceso de rehabilitación implica una reorganización de la vida cotidiana y de la identidad del sujeto, lo cual puede ser vivido como una situación altamente demandante. Resulta pertinente retomar el síndrome general de adaptación propuesto por Selye (1956), que describe la respuesta del organismo frente al estrés en tres fases. Durante la fase de alarma, el sujeto reacciona ante el evento crítico, en este caso, el ACV y sus consecuencias, con una activación fisiológica y emocional inicial. En la fase de resistencia, intenta adaptarse a las nuevas demandas que impone el proceso de rehabilitación, sosteniendo un esfuerzo prolongado para recuperar funciones y reorganizar su vida. Sin embargo, si las exigencias del entorno terapéutico superan los recursos percibidos por el individuo y esta situación se prolonga en el tiempo, puede alcanzarse la fase de agotamiento, en la que disminuyen las capacidades de afrontamiento y se incrementa la vulnerabilidad emocional y cognitiva.

En consecuencia, el estrés tiende a intensificarse, generando un círculo en el que las dificultades emocionales y cognitivas impactarían negativamente en el proceso de recuperación. Explorando esta problemática se encontraron los siguientes puntos de enriquecimientos:

- Resulta fundamental que las intervenciones contemplen no sólo los aspectos neurológicos y funcionales.
- Promover una evaluación integral que incluya el estado de ánimo y contemplar el estrés.
- Ajustar las demandas terapéuticas a las posibilidades del paciente y favorecer un entorno de aprendizaje significativo y sostenido.
- Fortalecer la adherencia al tratamiento mediante el sostén de la motivación y la disminución de la sobrecarga regulando el estrés.

Esta perspectiva constituye un aporte directo de este ensayo a la clínica fonoaudiológica, al evidenciar que el estrés atraviesa todas las etapas de la enfermedad y requiere abordajes integrales y contextualizados.

La fonoaudiología y las secuelas del ACV

La fonoaudiología es la disciplina que tiene como objeto de estudio la comunicación humana. En Argentina, la Ley N.º 27.568 (2020) del ejercicio profesional de la Fonoaudiología establece en su artículo 2º:

Se considera ejercicio profesional de la fonoaudiología a las siguientes actividades: promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación por procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías de la comunicación humana en las áreas de: lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología entendida como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución para el tránsito de la saliva y las relacionadas con la ingesta de la alimentación, e intervención temprana entendida como acciones de neuro-habilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje. (p. 1)

Dependiendo del grado, extensión y severidad de la lesión producto del accidente cerebrovascular, pueden variar los síntomas y/o trastornos que dependen de la competencia fonoaudiológica.

Dentro de las problemáticas que acontecen en el habla puede presentarse la disartria, definida como “un trastorno del habla adquirido tras una lesión neurológica que reduce la inteligibilidad del habla debido a un control muscular débil, impreciso, lento o descoordinado” (Mitchell et al., 2017, p. 2). La persona puede presentar además alteraciones en su voz, en la respiración, prosodia y resonancia, es decir, disartrofonía. Desde el plano del estrés, cabe destacar que la activación sostenida del sistema nervioso simpático en respuesta a los factores estresantes del entorno puede incrementar la tensión muscular en los sistemas fonoarticulatorios, agravando las dificultades articulatorias propias de la disartria y complejizando el proceso de rehabilitación del habla.

La afasia es un trastorno del lenguaje adquirido que se caracteriza por alteraciones en la expresión y/o comprensión del lenguaje oral y escrito. Guillén Escamilla (2019) señala que actualmente se continúa utilizando la clasificación de Luria desde una perspectiva neuropsicológica, sumando los aportes de Jakobson desde la lingüística, y la define como “el método más comprehensivo y flexible de la evaluación neuropsicológica disponible, pudiendo abordar los factores que subyacen a las actividades psicológicas complejas” (p. 18). En relación con el eje del estrés, la pérdida del lenguaje constituye en sí misma una fuente de estrés significativa para el paciente, en tanto lo priva de su principal herramienta de regulación emocional y comunicación con el entorno, lo que puede retroalimentar la activación del eje SAM e interferir en los procesos de neuroplasticidad subyacentes a la recuperación.

Por último, en la función alimentaria, las alteraciones motoras pueden comprometer el proceso de deglución, derivando en algunos casos en una disfagia. Venegas et al. (2020) la definen como:

La alteración durante el proceso deglutorio que se caracteriza por deficiencias anatómicas o fisiológicas que se encuentran en la cavidad oral, faríngea, laríngea o esofágica, generando riesgos en la secuencialidad de la ingesta que repercuten en efectos negativos

para la salud, especialmente, mayor riesgo de desnutrición, complicaciones respiratorias o aspiraciones pulmonares. (p. 57)

Este trastorno debe ser debidamente detectado, evaluado y asistido, dado que puede influir decisivamente en la evolución del paciente. En este sentido, Nápoles Méndez (2009) advierte que “el paciente con disfagia, cualquiera que sea su grado de comprometimiento para deglutir, está en peligro potencial de desnutrición energético-proteica; su evolución neurológica y la de todos los sistemas de órganos están en un alto grado de riesgo” (p. 38). Asimismo, la presencia de disfagia puede constituir un estresor adicional de enorme relevancia para el paciente, al afectar una función vital y socialmente significativa como la alimentación, incrementando la ansiedad y el malestar emocional.

Los estresores psicológicos en la práctica fonoaudiológica

El presente ensayo propone aportar herramientas conceptuales, mencionadas anteriormente para el abordaje fonoaudiológico, subrayando la relevancia de la salud mental en el proceso terapéutico y la necesidad de integrar la dimensión del estrés como un eje transversal de la intervención. Ante un paciente que enfrenta profundas frustraciones, el profesional debe priorizar una visión integral que contemple no solo la recuperación de funciones, sino también el sostén emocional y comunicativo del sujeto.

Desde esta perspectiva integral, el lenguaje adquiere un rol central en la comprensión del sujeto y su proceso terapéutico, el cual no debe entenderse como una mera función cognitiva superior, sino como el medio por el cual el ser humano edifica su identidad y organiza su realidad subjetiva, comunica sus emociones, sus pensamientos y aquello que lo agobia. Cuando el paciente tiene afectada su capacidad de elocución, queda despojado de su principal herramienta de regulación emocional y, por ende, se siente vulnerable. La intervención fonoaudiológica no solo busca la recuperación de fonemas o estructuras sintácticas, sino que actúa como facilitadora para que otras disciplinas, como la psicología, puedan operar; sin un canal de expresión, el proceso terapéutico del trauma se vuelve dificultoso. Cobra relevancia, entonces, la búsqueda de recursos alternativos de comunicación por parte del fonoaudiólogo/a para mantener al paciente conectado con su entorno

y prevenir el aislamiento social. Como también por parte de los demás profesionales de la salud en estar capacitados para comunicarse con recursos no verbales.

La intervención fonoaudiológica, además de buscar la readquisición de habilidades críticas para mejorar la calidad de vida y facilitar la reintegración social, también busca sostener la motivación del paciente. En este sentido, es vital que el individuo perciba sus avances, enfocándose en la re-adquisición de capacidades, término elegido para enfatizar que se trata de recuperar funciones previamente adquiridas, en lugar de centrarse en las limitaciones residuales del proceso.

El espacio fonoaudiológico se entiende como un lugar de escucha atenta y de empatía por un otro que viene en busca de recuperar lo perdido, que se enfrenta a nuevos miedos y a un futuro incierto. Esta labor trasciende al paciente e implica acompañar a la familia que se encuentra angustiada por ese ser querido. En algunos casos, la persona afectada por el ACV era el sostén económico o afectivo del hogar y ya no puede cumplir con ese rol, por lo que la dinámica familiar sufre un cambio drástico. Esta situación resultaría un factor estresor para el paciente, cuyo impacto debe ser atendido desde los enfoques previamente descritos. Tal como señala Ithurralde (2021):

Junto a la causa más determinante, la lesión, debe considerarse el particular tono afectivo del sujeto, como así también las condiciones socioculturales que lo enmarcan y determinan. Estos factores cobran gran significación tanto para el diagnóstico como para el pronóstico y el tratamiento del lenguaje. (p. 203)

Cerutti de Cappa (2010) sostiene durante el proceso de rehabilitación que “se debe tener en cuenta el nivel de tolerancia a la frustración (que no debe ser bajo), el grado de inhibición de tipo emocional (persistentes, preferentemente bajo), y es importante que exista conciencia de la enfermedad” (p. 222). Tal como lo señala esta autora, si el nivel de frustración que siente el paciente es demasiado alto, se complejizará llevar a cabo las actividades propuestas en la evaluación o el proceso terapéutico.

La gestión del estrés permite encontrar un equilibrio entre las exigencias tanto laborales como personales y la tranquilidad mental, favoreciendo una actitud óptima

para hacer frente a situaciones que puedan surgir sin que ello atente contra el bienestar físico y psicológico (Dimsdale, 2008; Doewes et al., 2021).

De ahí la importancia de aprender a regular el estrés y la ansiedad para sentir una mayor seguridad a la hora de afrontar circunstancias complicadas o inusuales, como es en el caso de atravesar las consecuencias de un ACV. En este sentido, existe una guía de manejo del estrés elaborada por la Organización Mundial de la Salud y adaptada por la Organización Panamericana de la Salud (2022) para América Latina, que brinda herramientas accesibles tanto para pacientes como para sus familias. También se han puesto a prueba programas de intervención del estrés en pacientes cardíacos que incluyen psicoterapia formal, medicamentos psicotrópicos, capacitación en gestión del tiempo, relajación progresiva, meditación o ejercicio regular (Franklin et al., 2021). Cabe destacar que no se ha encontrado bibliografía específica dentro del campo fonoaudiológico que ofrezca herramientas claramente delimitadas para la regulación del estrés en la terapia de pacientes post-ACV, lo que evidencia un área de vacancia teórica y práctica que requiere ser desarrollada.

El presente capítulo permite comprender que el accidente cerebrovascular no solo genera secuelas neurológicas que afectan la comunicación, sino que también configura una experiencia atravesada por el estrés. Este se manifiesta como agente que interfiere en la rehabilitación y como consecuencia subjetiva del propio evento y sus implicancias en la vida del paciente. En este sentido, la clínica fonoaudiológica se ve enriquecida al incorporar una mirada integral que contemple no solo las funciones alteradas, sino también los aspectos emocionales, cognitivos y contextuales que inciden en el proceso terapéutico, es decir, la concepción del espacio fonoaudiológico como un lugar de sostén subjetivo. Asimismo, se pone de relieve la importancia de la regulación del estrés como un componente fundamental para favorecer la adherencia adaptando las exigencias terapéuticas de manera singular, optimizar los aprendizajes y sostener procesos de recuperación más significativos. De este modo, se reafirma la necesidad de abordajes situados que reconozcan la complejidad del sujeto y su entorno dentro de la práctica fonoaudiológica.

Interdisciplina

En el abordaje de pacientes post-ACV, intervienen múltiples áreas de la salud que actúan de manera coordinada y complementaria. El equipo médico se encarga del diagnóstico, la estabilización clínica y el seguimiento de la evolución neurológica; enfermería cumple un rol central en el monitoreo continuo, la administración de tratamientos y el cuidado integral del paciente. Desde la kinesiólogía se trabaja en la recuperación motora, el control postural y la movilidad, favoreciendo la prevención de complicaciones secundarias. La fonoaudiología interviene en la rehabilitación de las funciones deglutorias y comunicativas, abordando trastornos como la disfagia, la afasia y la disartria. La terapia ocupacional promueve la recuperación de la autonomía en las actividades de la vida diaria, adaptando el entorno y los objetos de uso cotidiano. El área de nutrición asegura un adecuado aporte nutricional, especialmente en presencia de dificultades para la alimentación. La psicología acompaña tanto al paciente como a su entorno en el afrontamiento emocional del proceso, trabajando sobre la ansiedad, la adaptación a la nueva situación y la adherencia al tratamiento.

El rol del psicólogo resulta fundamental dentro del equipo interdisciplinario, no solo para la regulación del estrés post-ACV, sino para evitar que el proceso de rehabilitación abrume al paciente y a su entorno familiar. Si bien el abordaje fonoaudiológico busca llevar al individuo hacia su máximo potencial para recuperar las funciones afectadas, esta exigencia debe aplicarse en su justa medida, respetando los recursos y ritmos de cada sujeto. Por ello, es imperativo que los profesionales trabajen de manera interdisciplinaria, estableciendo consensos que garanticen un abordaje eficaz e integral en el que cada disciplina aporte desde su especialidad. Cuando no hay coordinación ni comunicación en equipo, el paciente puede recibir mensajes contradictorios o sentirse abrumado por una sobrecarga de actividades (Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo, 2019). Cabe destacar, además, que se debe realizar una jerarquización de los trastornos: se debe priorizar aquellos que pongan en riesgo la vida del paciente, como la disfagia, antes que los trastornos del habla.

A modo de ejemplo, si uno de los objetivos es que el paciente pueda volver a ingerir alimentos de manera segura y eficaz, compartiendo este momento en familia, el fonoaudiólogo deberá rehabilitar la deglución y el habla, el nutricionista velará por el soporte nutricional adecuado, el kinesiólogo abordará la musculatura

involucrada en la postura, el terapeuta ocupacional trabajará en el uso de los cubiertos y la adaptación del entorno, y el psicólogo intervendrá en el manejo de la ansiedad que generan las afectaciones en este momento. Al respecto, el Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo (2019) señala que “aquellos centros que poseen esta atención especializada demostraron una disminución de la mortalidad y discapacidad del 40%, mayor tasa de utilización de rtPA, disminución del tiempo de estadía hospitalaria, aumento de egresos hospitalarios al hogar, mayor recuperación de la independencia funcional, movilización más temprana y menor tasa de complicaciones infecciosas y trombosis venosa profunda” (p. 15).

En respuesta al cuarto objetivo de este ensayo, el abordaje del paciente post-ACV requiere necesariamente de un trabajo interdisciplinario que articule saberes y prácticas en función de un objetivo común: la recuperación integral del sujeto. La coordinación entre los distintos profesionales no solo permite optimizar los resultados terapéuticos, sino también evitar la sobrecarga y el aumento del estrés en el paciente y su entorno. En este contexto, la regulación del estrés se constituye como un eje transversal que atraviesa todas las intervenciones, y la fonoaudiología, en articulación con las demás disciplinas, ocupa un lugar clave no solo en la rehabilitación de las funciones comunicativas y deglutorias, sino también en el sostén del proceso subjetivo del paciente, favoreciendo su participación activa y su reintegración a la vida cotidiana.

Conclusiones

Los desarrollos presentados en este ensayo permiten arribar a conclusiones en torno a los cuatro objetivos planteados.

En relación con el primer objetivo, el análisis evidenció que el estrés opera como uno de los múltiples factores de riesgo modificables que pueden contribuir a la aparición de un ACV. Su mecanismo de acción se explica a través de la activación del eje SAM, que genera hipertensión sostenida, vasoconstricción y alteraciones en la coagulación sanguínea. Sin embargo, dado el carácter multifactorial de las enfermedades cerebrovasculares, no es posible establecer una relación de causalidad única entre el estrés y el ACV, de la misma manera que ningún otro factor aislado, como una dieta alta en grasas, puede ser señalado como causa exclusiva. Aún queda por demostrar si la reducción del estrés produce, de manera consistente y suficiente, una disminución del riesgo cerebrovascular. Esta es una de las direcciones que la investigación deberá continuar desarrollando.

En relación con el segundo objetivo, el lenguaje se constituye como la principal herramienta de regulación emocional del individuo. Cuando un paciente ve afectada su capacidad de comunicar sus necesidades y expresar sus emociones, se debilitan sus recursos para afrontar la situación, lo que puede incrementar la vulnerabilidad a estados de ansiedad, frustración o malestar psicológico. Por lo cual resulta fundamental no solo contemplar los aspectos neurológicos y funcionales, sino también promover una evaluación integral que incluya el estado de ánimo y la consideración del estrés como agente central en el proceso terapéutico. En este marco, se vuelve necesario ajustar las demandas terapéuticas a las posibilidades del paciente, favoreciendo un entorno de aprendizaje significativo y sostenido. Asimismo, resulta clave fortalecer la adherencia al tratamiento mediante el sostén de la motivación y la disminución de la sobrecarga. De este modo, la fonoaudiología se consolida como un pilar insustituible del abordaje interdisciplinario, contribuyendo no solo a la recuperación funcional, sino también a la prevención y promoción de la salud mental.

En relación con el tercer objetivo, a partir de lo examinado, se concluye que el estrés no sólo precede al ACV, sino que también lo acompaña durante todo el proceso de rehabilitación. La aplicación del síndrome general de adaptación de

Selye al contexto rehabilitatorio permitió identificar que, si las exigencias terapéuticas superan los recursos del paciente de manera sostenida, puede alcanzarse una fase de agotamiento que deteriora las capacidades de afrontamiento y dificulta la recuperación. Por ello, la regulación del estrés no es un aspecto secundario, sino un componente estructural de la intervención fonoaudiológica eficaz. No obstante, se evidencia aún una limitada disponibilidad de herramientas específicas y sistematizadas para la regulación del estrés dentro del campo fonoaudiológico.

En relación con el cuarto objetivo, la evidencia revisada es contundente respecto de la necesidad del abordaje interdisciplinario. Los centros con equipos especializados y coordinados han demostrado reducir significativamente la mortalidad, la discapacidad y el tiempo de hospitalización. La coordinación entre fonoaudiología, psicología, kinesiología, nutrición, terapia ocupacional, enfermería y medicina no es una opción metodológica, sino una condición para garantizar al paciente una rehabilitación integral y una reintegración social digna y funcional.

Finalmente, cabe señalar que durante la elaboración de este ensayo se evidenció la escasez de bibliografía específica que articule el estrés con la clínica fonoaudiológica, lo que requirió recurrir a fuentes de medicina y psicología. Esto pone de manifiesto la necesidad de continuar ampliando el desarrollo teórico y empírico sobre esta relación, tanto en lo que respecta al estrés como factor de riesgo del ACV como en lo referido a su impacto en la recuperación de las funciones fonoaudiológicas afectadas.

Fuentes Utilizadas

- Cannon, W. B. (1929). Organization for physiological homeostasis. *Physiological Reviews*, 9(3), 399-431. <https://doi.org/10.1152/physrev.1929.9.3.399>
- Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo. (2019). *Medicina* (Buenos Aires), 79(Supl. 2), 1-46. https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol79-19/s2/Consenso_ACV-D.pdf
- Cerutti de Cappa, M. (2010). La clínica fonoaudiológica. En A. Menna, M. Cerutti de Cappa, C. Ithurralde, M. S. Manrique, O. Müller y M. A. Salgado, *La clínica fonoaudiológica: Del proceso diagnóstico al abordaje terapéutico* (pp. 201-250). UNR Editora.
- Díez Tejedor, E., & Soler, R. (1999). *Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus*. Sociedad Española de Neurología.
- Dimsdale, J. E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237-1246. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.12.024>
- Doewes, R. I., Gangadhar, L., & Subburaj, S. (2021). An overview about the neurobiology of stress: Fundamental concepts and its consequences. *Neuroscience Informatics*, 1(4), 100011. <https://doi.org/10.1016/j.neuri.2021.100011>
- Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. (2021). *Fonoaudiología, intervenciones y prácticas posibles*. UNR Editora.
- Franklin, B. A., Rusia, A., Haskin-Popp, C., & Tawney, M. (2021). Chronic stress, exercise and cardiovascular disease: Placing the benefits and risks of physical activity into perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9922. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189922>
- Fundación Española del Corazón. (2021). *Encuesta de salud de la Fundación Española del Corazón (ESFEC) 2021*.

<https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/3756-casi-el-60-de-los-espanoles-tiene-dos-o-mas-factores-de-riesgo-cardiovascular.html>

- Guillén Escamilla, J. E. (2019). Hacia una caracterización lingüística contemporánea de las afasias propuestas por A. R. Luria. *Revista de Investigación en Logopedia*, 9(1), 17-32. <https://doi.org/10.5209/rlog.65113>
- Ithurralde, C. (2021). Afasia. En *Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Fonoaudiología, intervenciones y prácticas posibles* (pp. 195-230). UNR Editora.
- Ley N.º 27.568. (2020, 23 de octubre). Ejercicio profesional de la fonoaudiología. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27568-343561/texto>
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(1-2), 172-189. [https://doi.org/10.1016/S0006-8993\(00\)02950-4](https://doi.org/10.1016/S0006-8993(00)02950-4)
- Menna, A., Cerutti de Cappa, M., Ithurralde, C., Manrique, M. S., Müller, O., & Salgado, M. A. (2010). *La clínica fonoaudiológica: Del proceso diagnóstico al abordaje terapéutico*. UNR Editora.
- Mitchell, C., Bowen, A., Tyson, S., Butterfint, Z., & Conroy, P. (2017). Interventions for dysarthria due to stroke and other adult-acquired, non-progressive brain injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(1), CD002088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002088.pub3>
- Nápoles Méndez, D. (2009). Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular: Actualización. *Medisur*, 7(1), 36-44. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000100007
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Guía de manejo del estrés. Adaptación para América Latina de la guía de la Organización Mundial de la Salud*. OPS.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>

Selye, H. (1956). The stress of life. McGraw-Hill.

Sociedad Española de Neurología. (2006). Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Prous Science.

Steptoe, A. (2000). Stress, social support and cardiovascular activity over the working day. *International Journal of Psychophysiology*, 37(3), 299-310. [https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(00\)00109-4](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(00)00109-4)

Venegas, M., Navia, R., Fuentealba, I., De Medina, M., & Kunstmann, P. (2020). Manejo hospitalario de la persona mayor con disfagia. *Revista Clínica Las Condes*, 31(1), 50-64. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.09.005>