



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título: “Influencia del Acompañamiento Terapéutico en la adherencia al plan de rehabilitación cardiovascular post infarto”

Autor:

Vázquez, Analía Verónica – N.º DNI 26857341

Director/a:

Lic. María Sol Escalante

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación

27/07/2026

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Analía Vázquez", is positioned above the printed name.

Analía Verónica Vázquez

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi mamá, papá, hermanas y hermano por siempre alentarme y creer en mí.

Gracias Andrés y Leopoldo por estar día a día acompañándome en este proceso, siempre incentivándome y hacer que todo fuera más fácil.

Gracias a mi por animarme a este nuevo desafío

INDICE

RESUMEN	4
1-INTRODUCCIÓN	5
2- MARCO TEÓRICO	7
2.1 La rehabilitación cardiovascular como campo de intervención biopsicosocial	7
2.2 La adherencia terapéutica: definición, dimensiones y evolución conceptual	8
2.3 Barreras y facilitadores psicosociales en pacientes cardiovasculares.....	9
2.4 El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo de sostén vincular	10
2.5 Interdisciplina, transdisciplina y el lugar del AT en el equipo de salud	12
3-DESARROLLO	13
3.1 La adherencia en rehabilitación cardiovascular: un problema de naturaleza vincular.....	13
3.2 Barreras emocionales y psicosociales: entre lo intencional y lo no intencional...	15
3.3 El apoyo social percibido como facilitador de la adherencia	16
3.4 El vínculo como herramienta específica del acompañamiento terapéutico.....	18
3.5 La abstinencia y la posición ética del AT en la adherencia.....	19
3.6 Interdisciplina y trabajo en red: la articulación del AT con el equipo de salud.....	21
3.7 La formación del AT y la necesidad de entrenamiento específico en intervenciones vinculares	22
3.8 Hacia una clínica de lo posible: el aporte del AT en la construcción de nuevas rutinas.....	24
3.9 Síntesis del desarrollo.....	25
4. CONCLUSIONES	26
Limitaciones y proyecciones.....	27
Reflexión final.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28

RESUMEN

Este trabajo teórico-conceptual analiza la influencia del Acompañamiento Terapéutico (AT) en la adherencia a la rehabilitación cardiovascular (RC) post infarto en etapa ambulatoria. Se parte de entender la adherencia como un proceso vincular, no como mero cumplimiento de indicaciones. Se describen barreras emocionales y psicosociales que la obstaculizan: ansiedad, depresión y aislamiento. Se sostiene que el AT, por su inserción en la vida cotidiana del paciente y el uso del vínculo como herramienta específica, puede intervenir eficazmente mediante contención, acompañamiento en la construcción de rutinas, fortalecimiento del apoyo social y comunicación con el equipo de salud. Se discuten la abstinencia ética, la interdisciplina y la necesidad de formación específica. Se concluye que el AT contribuye significativamente a sostener la adherencia en RC cuando se integra en equipos interdisciplinarios y opera desde una clínica de lo posible.

Palabras clave: acompañamiento terapéutico, adherencia al tratamiento, rehabilitación cardiovascular, infarto de miocardio, vínculo terapéutico, interdisciplina.

1-INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares persisten como la principal causa de morbimortalidad a nivel global. En este panorama, la rehabilitación cardiovascular (RC) se ha consolidado como una estrategia de prevención secundaria de alta evidencia, cuya finalidad trasciende la reducción de eventos recurrentes para enfocarse en la recuperación funcional, la mejora de la calidad de vida y la reinserción social del sujeto. Estos programas se definen como intervenciones integrales y multidisciplinarias que buscan garantizar condiciones físicas, mentales y sociales óptimas para que el paciente recupere su autonomía cotidiana (Organización Mundial de la Salud, 1993; Ambrosetti et al., 2021). La actualización 2024 de la American Heart Association jerarquiza el manejo psicosocial al mismo nivel que los componentes biomédicos, reconociendo que el éxito de la recuperación depende de la trama vincular, el sufrimiento psíquico y la capacidad del paciente para sostener cambios conductuales en el tiempo (Brown et al., 2024).

Sin embargo, uno de los desafíos centrales que enfrentan estos programas es la baja adherencia a los tratamientos, especialmente en las fases ambulatorias y de mantenimiento, donde la supervisión directa disminuye y la responsabilidad recae sobre el paciente y su entorno. La adherencia ha dejado de ser interpretada como una obediencia pasiva para entenderse como un proceso complejo, activo y situado. Según el consenso de la European Society of Cardiology (Pedretti et al., 2023), la adherencia se define como el grado en que el comportamiento de una persona — tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional sanitario. Esta definición introduce un elemento central: la adherencia supone acuerdo, participación y construcción conjunta entre el paciente y el equipo de salud, diferenciándose así del antiguo concepto de "cumplimiento".

En este marco, factores subjetivos como el miedo, la ansiedad, la desesperanza, el aislamiento social o la fragilidad vincular inciden directamente en la continuidad del tratamiento. La literatura actual señala que una baja autoeficacia, una pobre alfabetización en salud y ciertos problemas psicosociales —como depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, escaso apoyo social y nivel socioeconómico bajo— predicen una baja adherencia a la terapia (Pedretti et al., 2023). Frente a esta complejidad, los consensos actuales en cardiología recomiendan abordajes integrales y centrados en la persona, donde la salud mental y el acompañamiento psicosocial adquieran el mismo nivel de jerarquía que los componentes biomédicos.

El Acompañamiento Terapéutico (AT) se presenta como un dispositivo clínico y comunitario capaz de operar en el territorio cotidiano del paciente, sosteniendo el vínculo con el equipo de salud y favoreciendo la construcción de hábitos y rutinas que hacen posible la rehabilitación. A diferencia de otras intervenciones, el AT se despliega en el domicilio y en los espacios de la vida cotidiana del sujeto, ofreciendo una presencia que contiene, media y promueve la autonomía. Como afirman Kuras de Mauer y Resnizky (2008), la contención es fundamental y constituye una de las funciones del AT, ofreciéndose como sostén frente al desvalimiento, la angustia y la desesperanza del paciente. La experiencia del AT se funda en el valor terapéutico de la presencia de otro (Bustos, 2021), una presencia comprometida que no exige respuestas inmediatas, pero porta normas, valores y reglas sociales.

Sin embargo, la evidencia específica sobre la influencia del AT en la adherencia a programas de rehabilitación cardiovascular aún es escasa, lo que justifica la realización de estudios que aporten conocimiento en esta articulación. El presente trabajo, de carácter teórico-conceptual, se propone analizar la influencia de la intervención del Acompañante Terapéutico en la adherencia de pacientes post infarto al plan de rehabilitación cardiovascular en la etapa ambulatoria. Para ello, se abordarán los siguientes objetivos específicos: describir las barreras emocionales y

psicosociales que afectan la adherencia; identificar las principales intervenciones que realiza el AT (acompañamiento emocional, motivacional, vincular); y analizar en qué medida dichas intervenciones contribuyen a sostener la adherencia.

El trabajo se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, se presenta el marco teórico que articula los conceptos de rehabilitación cardiovascular, adherencia y acompañamiento terapéutico desde una perspectiva biopsicosocial, vincular y transdisciplinaria. Luego, se desarrolla un análisis teórico sobre las barreras y facilitadores psicosociales en la adherencia, así como sobre las intervenciones específicas del AT en el contexto de la rehabilitación cardiovascular. Finalmente, se exponen las conclusiones y las proyecciones del análisis.

2- MARCO TEÓRICO

2.1 La rehabilitación cardiovascular como campo de intervención biopsicosocial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la rehabilitación cardiovascular como "el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiópatas una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar, por sus propios medios, un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad" (OMS, 1993, p. 1). Esta definición, vigente en sus lineamientos fundamentales, trasciende el modelo biomédico al incorporar las dimensiones psíquica y social como constitutivas del proceso de recuperación. En la misma línea, la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR) describe la RC como un proceso que brinda servicios integrales y de largo plazo que incluyen educación, asesoramiento, intervenciones conductuales, ejercicio prescriptivo y modificación de factores de riesgo cardiovascular (Balady et al., 2007; Brown et al., 2024).

Los programas de rehabilitación cardiovascular se estructuran en tres fases. La fase I se desarrolla en el ámbito intrahospitalario, inmediatamente posterior al evento coronario, e incluye movilización precoz y educación inicial. La fase II es ambulatoria y

supervisada, con una duración habitual de 8 a 12 semanas, e incorpora entrenamiento físico, modificación de factores de riesgo y apoyo psicosocial. La fase III, de mantenimiento, se prolonga durante toda la vida del paciente y enfatiza la implementación y sostenimiento de los cambios comportamentales adquiridos (Río, Turro Carro & Mesa Valiente, 2005). Es precisamente en esta última fase donde la vulnerabilidad de la adherencia se vuelve crítica, al disminuir la supervisión directa y recaer la responsabilidad en la motivación y el sostén del entorno.

El concepto de salud que subyace a estos programas se aleja de la mera ausencia de enfermedad. Como señala la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), la salud mental es reconocida como "un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos" (art. 3).

Esta definición, en sintonía con los desarrollos de la Medicina Social Latinoamericana (Ferrara, 1985; Ferrandini, 2011), entiende la salud como una construcción social e histórica, atravesada por múltiples determinantes y por la capacidad singular y colectiva de luchar contra las condiciones que limitan la vida. Por lo tanto, la rehabilitación cardiovascular no puede reducirse a un conjunto de técnicas físicas o farmacológicas, sino que debe ser concebida como un proceso complejo que articula dimensiones biológicas, psicológicas, vinculares, sociales y culturales.

2.2 La adherencia terapéutica: definición, dimensiones y evolución conceptual

La adherencia al tratamiento ha sido definida por la OMS como "el grado en que el comportamiento de una persona, con respecto a tomar la medicación o seguir una recomendación dietética o de cambio de estilo de vida, concuerda con las prescripciones del profesional sanitario consensuadas con el paciente" (Sabaté, 2003, p. 3). Esta definición enfatiza que la adherencia requiere el acuerdo del paciente, diferenciándose así del concepto de "cumplimiento" (compliance), que suponía una obediencia pasiva a la indicación médica (Pedretti et al., 2023).

El proceso de adherencia puede desglosarse en varios componentes. La iniciación refiere al momento en que el paciente toma la primera dosis de un medicamento o inicia los cambios de estilo de vida. La implementación alude al grado en que la dosificación real del paciente se corresponde con la pauta prescrita desde el inicio hasta la última dosis. La persistencia es el tiempo que transcurre entre la iniciación y la última dosis o acción del estilo de vida (Vrijens et al., 2012; Pedretti et al., 2023). La falta de adherencia puede ser intencional, cuando responde a un proceso activo y razonado que lleva al paciente a modificar el plan de tratamiento, o no intencional, cuando se vincula con el olvido, la desorganización o la incapacidad para comprender o acceder a las indicaciones (van der Laan et al., 2019).

Rocha-Nieto, Herrera-Delgado y Vargas-Olano (2014) retoman y amplían estas definiciones en el contexto de la rehabilitación cardiovascular, proponiendo que la adherencia al tratamiento es "el comportamiento activo, automotivado y autodirigido del paciente, que implica el compromiso consigo mismo y con los profesionales de la salud que lo atienden, con el fin de alcanzar los objetivos biomédicos relacionados con el tratamiento, la adopción de un estilo de vida más saludable y el mejoramiento de la calidad de vida en consonancia con su proyecto vital" (p. 13). Esta conceptualización ubica al paciente como un sujeto activo y corresponsable, y sitúa a la adherencia como una construcción biopsicosocial atravesada por dimensiones cognitivas, emocionales, relacionales y contextuales.

2.3 Barreras y facilitadores psicosociales en pacientes cardiovasculares

A pesar de los beneficios comprobados de los programas de rehabilitación cardiovascular, las tasas de adherencia siguen siendo insatisfactorias. El consenso de la European Society of Cardiology (Pedretti et al., 2023) reporta que la adherencia a la medicación oscila entre el 50% para la prevención primaria y el 66% para la prevención secundaria, y que entre el 33% y el 69% de las hospitalizaciones relacionadas con medicamentos en Estados Unidos, y aproximadamente el 9% de los

casos de enfermedad cardiovascular en Europa, pueden atribuirse a una mala adherencia.

Los factores que predicen una baja adherencia son múltiples y abarcan distintas dimensiones. Entre los factores centrados en el paciente se encuentran el bajo nivel educativo, la baja alfabetización en salud, la falta de motivación, el miedo a los efectos secundarios, la depresión, el deterioro cognitivo y el escaso apoyo social (Pedretti et al., 2023). Los factores relacionados con la enfermedad incluyen la ausencia de síntomas (lo que lleva a los pacientes a subestimar la necesidad del tratamiento), la cronicidad y el buen pronóstico percibido. Los factores vinculados al profesional sanitario abarcan la falta de tiempo en las consultas, la mala relación médico-paciente y las dificultades para ofrecer un adecuado acompañamiento en la autogestión del tratamiento. Finalmente, los factores relacionados con la terapia incluyen la complejidad de la medicación, la polifarmacia, los efectos adversos y los costos económicos.

En particular, la depresión y la ansiedad son altamente prevalentes en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, y se asocian con una menor adherencia al tratamiento, mayor riesgo de abandono de los programas de rehabilitación y peor pronóstico cardiovascular (Lichtman et al., 2014; Pedretti et al., 2023). Asimismo, el apoyo social percibido emerge como un facilitador clave de la adherencia. Estudios demuestran que una percepción sólida de apoyo se traduce en una mejor supervivencia y una adherencia superior, ya que reduce los niveles de ansiedad y facilita la adquisición de nuevos hábitos de autocuidado (Elmasian, 2012; Guerra-Rosas & Lugli-Rivero, 2010).

2.4 El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo de sostén vincular

El Acompañamiento Terapéutico surge en Argentina a mediados de la década de 1970 como una respuesta a la dificultad de algunos pacientes para sostener tratamientos

convencionales (Kalina, 2003; Kuras de Mauer & Resnizky, 2003). Su origen se inscribe en el movimiento de reforma psiquiátrica, la desinstitutionalización y la búsqueda de alternativas al confinamiento asilar, tomando como marcos referenciales el psicoanálisis, el psicodrama, las teorías de la comunicación humana, la psiquiatría comunitaria y la antipsiquiatría (Bustos, 2021). La experiencia se fundaba en el valor terapéutico de la presencia de otro, a quien inicialmente se denominó "amigo calificado", denominación que luego fue sustituida por "acompañante terapéutico" para destacar el aspecto clínico sobre el de amistad. (Rossi, 2019).

Beatriz Dorfman Lerner (1984), en un texto fundacional, traza el perfil del acompañante terapéutico como una persona con instrucción especial acerca de la psicopatología y de la técnica de interacción con los pacientes. Para desempeñar adecuadamente su tarea, el AT debe poseer un yo fuerte para tolerar la ansiedad, la frustración y el asedio a su integridad, junto con una fuerte vocación de maternaje, curiosidad, capacidad lúdica y reverie (Bion). La autora enfatiza que el AT debe estar formado especialmente para esta tarea, y que el ser psicólogo no basta. En su práctica, el AT no interpreta, sino que contiene, encauza agresiones sin reciprocitas y convive situaciones desde una posición de "inmersión completa" en la cotidianeidad del paciente durante el tiempo comprendido entre las sesiones psicoterapéuticas.

El dispositivo de AT se caracteriza por su inserción en la vida cotidiana del sujeto. Como señala Frank (2020), el AT no trabaja "en" lo cotidiano sino "con" lo cotidiano, interviniendo en la trama de relaciones que constituyen el mundo del acompañado. La presencia del AT es en sí misma una intervención: impone una presencia que implica un esfuerzo de trabajo psíquico para tramitar la diferencia y la ajenidad, y que puede habilitar la construcción de un nuevo lazo fraterno que posibilite el despliegue de la subjetividad y la autonomía (Berenstein, 2004; Frank, 2020). El vínculo con el otro tiene un efecto transformador, es respetuoso de la subjetividad del acompañado y

requiere de una presencia comprometida con el otro como semejante, diferente y ajeno.

Kuras de Mauer y Resnizky (2008) conciben al acompañamiento terapéutico ligado a la posibilidad de establecer un vínculo con un otro en tanto sujeto presente, semejante, diferente y ajeno al mismo tiempo. Como semejante, el AT resulta un prójimo que se ofrece para facilitar el vínculo tolerando las diferencias. Pero, dada su ajenidad irreductible —imposible de remitir a ninguna experiencia infantil—, requerirá del otro un esfuerzo de trabajo ineludible para sostener el vínculo. Este mismo esfuerzo para hacer posible el encuentro puede ser productor de cambios y generador de articulaciones novedosas. La presencia del AT no solo devela aquello oculto, sino que genera instancias de posibilidad para que nuevas inscripciones acontezcan.

2.5 Interdisciplina, transdisciplina y el lugar del AT en el equipo de salud

La complejidad del campo de la salud mental y de la rehabilitación cardiovascular requiere abordajes que trasciendan la mera yuxtaposición de disciplinas. Stolkiner (1999) plantea que "el simple planteo de la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar" (p. 1). La interdisciplina supone la construcción conjunta del problema, superando la fragmentación de saberes mediante el acuerdo de metas, la discusión de las divergencias y la habilitación de un espacio de intercambio donde ninguna disciplina se arroga la totalidad del saber (Stolkiner, 2005; Elichiry, 2009).

Desde una perspectiva más radical, la transdisciplina —en el sentido de Nicolescu (2005)— se sitúa "entre las disciplinas, a través de ellas y más allá de toda disciplina", integrando múltiples niveles de realidad y perspectivas. Bernstein (2015) agrega que la transdisciplina representa un cambio en la forma de concebir la investigación y la educación, desafiando la división del trabajo académico en disciplinas tradicionales. En el campo de la salud, esto implica incorporar también los saberes no académicos,

la experiencia de los pacientes y los conocimientos provenientes de la vida cotidiana y comunitaria.

El Acompañamiento Terapéutico, desde esta perspectiva, puede ser comprendido como una práctica transdisciplinaria. El AT no solo articula saberes clínicos, sociales y comunitarios, sino que su práctica se construye en el vínculo con el otro, en el territorio cotidiano del acompañado, y requiere la colaboración con psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, docentes y familiares. Como señalan Sorbara et al. (2024), el AT se posiciona como uno de los dispositivos privilegiados para la aplicación plena de la Ley Nacional de Salud Mental al estar presente en la vida cotidiana del paciente, trabajar directamente en su entorno, abordar los desafíos de la reinserción social y combatir el estigma. El AT "acompaña la circulación social y una clínica de lo posible", hace lugar al padecimiento estructural poniendo en juego variables para acotarlo y para que aparezca lo saludable en cada acompañado.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) promueve una amplia cantidad de dispositivos —atención domiciliaria, casas de medio camino, hospitales de día, terapias ambulatorias— donde el AT se ordena como el agente privilegiado para llevar adelante las redes intersectoriales, sostener la cotidianidad y sancionar la forma singular que cada acompañado pone en juego en el proceso de salud y enfermedad. Por lo tanto, el AT se posiciona como un profesional privilegiado para tomar la voz del usuario y llevarla a la mesa de la interdisciplina, interviniendo en una trama vivencial con un marco teórico dentro del encuadre establecido por el equipo interdisciplinario.

3-DESARROLLO

3.1 La adherencia en rehabilitación cardiovascular: un problema de naturaleza vincular

En el campo de la rehabilitación cardiovascular, la adherencia al tratamiento constituye uno de los principales desafíos clínicos y sanitarios. Lejos de ser un fenómeno exclusivamente individual, la adherencia debe comprenderse como un proceso complejo, atravesado por múltiples dimensiones que incluyen factores subjetivos, sociales, institucionales y vinculares. Tal como se ha desarrollado en el marco teórico, la adherencia no puede reducirse al cumplimiento de indicaciones médicas, sino que implica la participación activa del paciente en su propio proceso de cuidado (Sabaté, 2003; Pedretti et al., 2023). Sin embargo, a pesar de los beneficios comprobados de los programas de rehabilitación cardiovascular —reducción de la mortalidad, mejora de la calidad de vida y disminución de reingresos hospitalarios—, los niveles de adherencia continúan siendo insatisfactorios en la práctica clínica.

El consenso de la European Society of Cardiology (Pedretti et al., 2023) señala que lograr una adherencia óptima a las medidas de estilo de vida y a la terapia médica guiada por protocolos en la prevención secundaria y la rehabilitación representa un gran desafío para muchos profesionales de la salud. Esta dificultad no se explica únicamente por la complejidad de los regímenes terapéuticos o por la falta de recursos, sino que remite a una cuestión más de fondo: la adherencia es, ante todo, un proceso vincular. El paciente no adhiere a un tratamiento abstracto, sino a las indicaciones de un profesional con quien establece o no un lazo de confianza; no sigue un régimen de ejercicios por mandato médico, sino en la medida en que dicho régimen adquiere sentido dentro de su vida cotidiana y de sus relaciones significativas.

Esta perspectiva vincular de la adherencia tiene implicancias directas en el rol del Acompañante Terapéutico. Si la adherencia se construye en la trama de relaciones que el sujeto establece con su entorno —su familia, sus pares, los profesionales que lo atienden, las instituciones por las que transita—, entonces el AT, en tanto dispositivo que opera en la cotidianeidad del paciente, se encuentra en una posición privilegiada para intervenir sobre aquellos factores que facilitan u obstaculizan la continuidad del

tratamiento. A diferencia de otros profesionales del equipo de salud, que intervienen en espacios delimitados como el consultorio o el hospital, el AT acompaña al paciente en los distintos espacios y momentos de la vida cotidiana, como ser en su casa, en el transporte público, en las actividades recreativas y en los momentos de crisis. Esa presencia sostenida en el tiempo y en el espacio de la vida real le permite al AT registrar no solo lo que el paciente dice, sino lo que hace, lo que calla, lo que le resulta posible y aquello que, pese a la indicación médica, se vuelve inviable en su vida concreta.

3.2 Barreras emocionales y psicosociales: entre lo intencional y lo no intencional

Una de las contribuciones más relevantes de los enfoques contemporáneos sobre adherencia es la distinción entre la no adherencia intencional y la no adherencia no intencional (Pedretti et al., 2023; van der Laan et al., 2019). La primera refiere a un proceso activo y razonado que lleva al paciente a modificar el plan de tratamiento, desviándose de lo acordado con los profesionales. La segunda, en cambio, es considerada un proceso pasivo en el que los pacientes son descuidados, olvidadizos o incapaces de adherir al plan de tratamiento por otras razones, como no poder retirar los medicamentos o no comprender la información sobre los mismos. Ambas formas de no adherencia tienen una base emocional y vincular que, con frecuencia, es subestimada por los equipos de salud.

En el caso de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, las barreras emocionales más frecuentes incluyen el miedo a realizar esfuerzos físicos (por temor a un nuevo infarto), la ansiedad ante síntomas que se interpretan como señales de alarma, la depresión post-evento y la sensación de pérdida de control sobre el propio cuerpo y la propia vida. Estudios epidemiológicos reportan que hasta un 20% de los pacientes con enfermedad cardiovascular presentan síntomas depresivos o ansiosos en el año posterior al evento (Lichtman et al., 2014), y que dichos síntomas predicen una menor adherencia al tratamiento farmacológico, al

ejercicio físico y a los cambios dietarios. Asimismo, el miedo y la angustia pueden llevar a conductas de evitación —no realizar actividad física por temor a desencadenar un nuevo evento cardiovascular, no tomar la medicación por miedo a los efectos secundarios, no asistir a los controles por ansiedad social— que, lejos de ser caprichos o falta de voluntad, expresan un sufrimiento real que requiere ser alojado y tramitado.

Desde la clínica del Acompañamiento Terapéutico, resulta fundamental distinguir entre dos formas de no adherencia al tratamiento. En la no adherencia intencional, el paciente toma una decisión consciente —ya sea para abandonar o modificar el tratamiento—. Allí, la intervención del AT no se ejerce desde la imposición (no se trata de "decirle al paciente lo que debe hacer"), sino desde el fortalecimiento de su autonomía: ¿qué lo llevó a tomar esa decisión? ¿Qué miedos o convicciones subyacen a su rechazo?

En cambio, la no adherencia no intencional suele estar vinculada a la desorganización, el olvido o la angustia desbordante. En estos casos, el AT puede operar como un sostén de las funciones cognitivas debilitadas, facilitando la adherencia para garantizar la continuidad del tratamiento. Para ello, acompaña el proceso de cambio, promueve la resignificación del tratamiento —lo que ayuda a reducir la resistencia subjetiva— y recomienda la construcción de rutinas que articulen las indicaciones de los distintos profesionales del equipo tratante: recordar horarios, acompañar a citas médicas, organizar la medicación en pastilleros, establecer hábitos de ejercicio integrados a la vida cotidiana. No se trata de reemplazar al paciente, sino de ofrecer un apoyo transitorio que le permita, de manera progresiva, recuperar la autonomía perdida.

3.3 El apoyo social percibido como facilitador de la adherencia

Un hallazgo consistente en la literatura sobre adherencia en enfermedades crónicas es la relevancia del apoyo social percibido, entendido como la disponibilidad subjetiva de

contención emocional, instrumental e informacional que el paciente siente recibir de su red de vínculos (Elmasian, 2012; Guerra-Rosas & Lugli-Rivero, 2010). El apoyo social no se limita a la cantidad de vínculos que el paciente tiene, sino a la calidad del soporte que percibe. En este sentido, pacientes que reportan un mayor apoyo social —ya sea de la familia, de los amigos, del equipo de salud o de otros pacientes en rehabilitación— presentan una mejor sobrevida, una mayor adherencia al tratamiento y menores niveles de ansiedad y depresión.

El AT, en tanto dispositivo que se inserta en la vida cotidiana del sujeto, puede funcionar como un facilitador del apoyo social de múltiples maneras. En primer lugar, el propio vínculo con el AT constituye una fuente de apoyo: una presencia estable, confiable, que no juzga y que está allí, en los momentos difíciles y en los habituales. Esta presencia tiene un efecto contenedor que por sí mismo reduce la angustia y favorece que el sujeto pueda pensar y decidir con mayor claridad. En segundo lugar, el AT puede operar como un articulador de la red de apoyo preexistente del paciente, facilitando la comunicación entre el paciente, su familia y los profesionales del equipo de salud. En tercer lugar, el AT puede favorecer la creación de nuevos lazos sociales, promoviendo la participación del paciente en actividades grupales (talleres, caminatas, espacios de encuentro con pares) que contrarresten el aislamiento social, uno de los factores de riesgo de mala adherencia y peor pronóstico cardiovascular.

La experiencia de los grupos de AT, documentada por diversos autores (Bustos, 2021; França & Frank, 2021; Acosta, 2023), muestra que el trabajo grupal no solo multiplica las posibilidades de intervención, sino que instala un espacio de horizontalidad donde los pacientes aprenden unos de otros, se reconocen en sus dificultades y celebran juntos los logros. En el caso de la rehabilitación cardiovascular, un grupo de pares que transitan el mismo proceso —el miedo al esfuerzo, la incertidumbre sobre el retorno al trabajo, los cambios en la alimentación, las dificultades con la medicación— puede ofrecer un tipo de apoyo que ningún profesional puede dar por sí solo: la validación de

la experiencia, el modelo de identificación con alguien que ya logró aquello que uno todavía no puede, y la oportunidad de ayudar a otros, que es una de las fuentes más potentes de autoeficacia y motivación.

3.4 El vínculo como herramienta específica del acompañamiento terapéutico

A diferencia de otras disciplinas que se centran en la palabra, la interpretación o la prescripción, el Acompañamiento Terapéutico tiene en el vínculo su herramienta específica y su fundamento clínico. Como señalan Kuras de Mauer y Resnizky (2008), el AT se ofrece como sostén, auxiliando al paciente en su desvalimiento, su angustia y su desesperanza. Este vínculo no es de amistad, aunque puede incluir momentos de calidez y espontaneidad; no es de autoridad, aunque el AT porta normas y valores sociales; no es de dependencia infantil, aunque en momentos de crisis el AT puede asumir temporalmente funciones yoicas que el paciente ha perdido.

Es un vínculo asimétrico, pero no jerárquico en el sentido médico-paciente; es un vínculo profesional pero no frío ni distante; es un vínculo que se construye en lo cotidiano, con todo lo que eso implica de imprevisibilidad, de encuentro real, de intervenciones que no están escritas en ningún manual.

¿Cómo opera este vínculo en el caso específico de la adherencia a la rehabilitación cardiovascular?

Podemos identificar al menos cuatro mecanismos:

a) La presencia como intervención. El simple hecho de que el AT esté presente —en el domicilio, acompañando al paciente a la sesión de kinesiología, compartiendo una caminata, esperando en la sala de espera del cardiólogo— ya es una intervención terapéutica. Esta presencia reduce la angustia de la soledad frente a la enfermedad, ofrece un marco de seguridad para explorar actividades que antes se evitaban (subir escaleras, salir a caminar, retomar el transporte público) y permite al paciente experimentar que no está solo en el proceso de recuperación.

b) La construcción de confianza. La adherencia requiere que el paciente confíe en las indicaciones que recibe de los profesionales de la salud. Pero la confianza en un profesional abstracto (el cardiólogo que ve cada tres meses, la nutricionista que le explicó la dieta una sola vez) se construye de manera diferente que la confianza en el AT que acompaña semana a semana, que lo ve en momentos de cansancio y también en momentos de alegría, que conoce a su familia y sus hábitos. Esta confianza concreta, situada, transferencial, hace que el paciente esté más dispuesto a probar aquello que el profesional le sugiere, incluso si al principio le da miedo.

c) La mediación en la comunicación con el equipo de salud. Una de las funciones más importantes del AT es actuar como un puente entre el paciente y los profesionales del equipo tratante. El paciente suele expresar al AT aquello que no se anima a decirle al médico: sus temores reales, los efectos secundarios que le da vergüenza mencionar, las dificultades económicas para comprar la medicación, los conflictos familiares que obstaculizan el tratamiento. El AT puede llevar esta información al equipo de manera articulada y respetuosa, colaborando así en una estrategia terapéutica más ajustada a la realidad del paciente.

d) La promoción de la autonomía. Paradójicamente, el AT busca su propia obsolescencia: su objetivo no es que el paciente dependa de él, sino que recupere la capacidad de sostener por sí mismo los hábitos y las decisiones que favorecen su salud. El vínculo es un medio, no un fin. La presencia del AT ofrece un andamiaje que, progresivamente, se va retirando a medida que el paciente internaliza nuevas rutinas, nuevas formas de afrontar el miedo y nuevas estrategias para resolver los problemas cotidianos vinculados con su salud.

3.5 La abstinencia y la posición ética del AT en la adherencia

Uno de los conceptos técnicos más debatidos en el campo del Acompañamiento Terapéutico es el de abstinencia. En psicoanálisis, la abstinencia se refiere a la regla

según la cual el analista no debe satisfacer las demandas del analizante ni ofrecer gratificaciones sustitutivas de los síntomas. En el AT, sin embargo, la abstinencia adquiere una forma específica, más compleja y más difícil de sostener. Como señala Chayan (s.f.), el AT comparte espacios íntimos con el paciente: su casa, su habitación, su cocina. El AT ve al paciente, comparte su espacio, su cotidianeidad, su vulnerabilidad. En este contexto de cercanía, la abstinencia no puede significar lo mismo que en el consultorio psicoanalítico: no se trata de no responder preguntas personales o de no manifestar preferencias, porque eso sería percibido por el paciente como persecutorio o como un rechazo.

La abstinencia en el AT se juega en otro terreno: en abstenerse de imponer al paciente el propio deseo del acompañante. Abstenerse de decirle "hacé esto" porque el acompañante cree que es lo mejor; abstenerse de llenar con su propia subjetividad el espacio de posibilidad del paciente; abstenerse de dar respuestas rápidas que obturen la pregunta que el paciente apenas está empezando a formularse. Como ilustra Chayan (s.f.), hay una diferencia radical entre proponerle a un paciente que hable con otros internos del hospital porque el acompañante cree que eso es bueno para él, y desear que el paciente desee algo, aunque ese algo sea mucho más modesto y tenga el ritmo que el paciente puede soportar.

En el contexto de la adherencia a la rehabilitación cardiovascular, esta distinción es crucial. El AT puede estar tentado a presionar al paciente para que cumpla con las indicaciones médicas: "vamos, que el médico dijo que había que caminar 30 minutos", "tenés que tomar la medicación aunque te caiga mal", "no podés comer eso". Esta presión, por bien intencionada que sea, suele tener el efecto contrario: el paciente se resiste, se siente vigilado, disminuye su adherencia intencionalmente como una forma de recuperar algo de autonomía frente a un profesional que se ha vuelto invasivo. La ética del AT, en cambio, se juega en acompañar la aparición del deseo del paciente: desear sentirse mejor, desear volver a salir, desear no volver a internarse, desear

poder comer sin culpa. El AT no es quien tiene que imponer esos deseos, sino quien tiene que estar presente, ofrecer un marco de seguridad y confianza para que esos deseos puedan emerger y luego transformarse en acciones concretas, sostenibles en el tiempo.

3.6 Interdisciplina y trabajo en red: la articulación del AT con el equipo de salud

La complejidad de los pacientes que requieren rehabilitación cardiovascular —con frecuencia pluripatológicos, polimedicados y con antecedentes de sufrimiento psíquico— exige un abordaje que ninguna disciplina puede brindar por sí sola. El cardiólogo prescribe el tratamiento farmacológico y evalúa la evolución clínica; el kinesiólogo o el fisiatra indican el plan de ejercicios; el nutricionista orienta los cambios dietarios; el psicólogo aborda las dificultades emocionales y los factores de riesgo psicosociales.

Pero ¿quién articula todas estas intervenciones en la vida real del paciente? ¿Quién detecta que el paciente no está tomando la medicación porque le da vergüenza decirle al cardiólogo que no la compró? ¿Quién observa que el paciente deja de caminar porque tiene miedo de sufrir una arritmia y no sabe cómo monitorear sus propios síntomas? ¿Quién acompaña al paciente a la sesión de kinesiología y nota que no entiende los ejercicios que le indicaron? El AT, por su inserción en la vida cotidiana del paciente, está en condiciones de realizar estas observaciones y de comunicarlas al equipo.

Sin embargo, para que esta articulación sea efectiva, el equipo debe funcionar de manera interdisciplinaria y no meramente multidisciplinaria. La interdisciplina —que no se decreta sino que se construye en la práctica— supone el reconocimiento mutuo de la incompletud de las herramientas de cada disciplina, la discusión de las divergencias, la construcción conjunta del problema y la elaboración de estrategias compartidas.

Leyes como la de San Luis (N° III-0599-2007) y la de Tucumán (N° 9864/2025) han

reconocido explícitamente al AT como integrante de los equipos interdisciplinarios de salud, pero la efectivización de este reconocimiento en la práctica clínica sigue siendo un desafío pendiente en numerosos contextos asistenciales.

Stolkiner (1999, 2005) ha señalado que el trabajo interdisciplinario supone un cuestionamiento a la fragmentación de los fenómenos y una construcción conjunta del problema. Esto implica que los diferentes profesionales deben compartir información, discutir sus hipótesis, acordar estrategias y, sobre todo, reconocer la incompletud de sus propias herramientas. En el caso del AT, esto significa que los otros profesionales del equipo —el cardiólogo, el psicólogo, el kinesiólogo— deben reconocer que hay algo del paciente que solo el AT puede aportar: la observación de su comportamiento en la vida cotidiana, el registro de sus dificultades concretas para implementar las indicaciones, la escucha de sus temores más íntimos cuando no hay una cámara de sesión de por medio.

A su vez, el AT debe reconocer la incompletud de su propia mirada: no es médico, no es psicólogo clínico (aunque tenga formación en psicología), no es nutricionista. Su especificidad no está en saber más que los otros, sino en saber de otro modo: desde la presencia, desde la cotidianeidad, desde el vínculo. Este reconocimiento mutuo de la incompletud es la base de la interdisciplina y lo que permite que el equipo funcione como un verdadero equipo y no como una suma de individualidades que trabajan en paralelo sin comunicarse.

3.7 La formación del AT y la necesidad de entrenamiento específico en intervenciones vinculares

La eficacia del AT en la promoción de la adherencia no depende únicamente de sus cualidades personales —empatía, paciencia, capacidad de sostén— sino también, y fundamentalmente, de una formación teórico-clínica rigurosa que le permita comprender los fenómenos transferenciales, sostener una posición ética de

abstinencia y diseñar estrategias de intervención ajustadas a la singularidad de cada caso. Los primeros acompañantes terapéuticos —en la experiencia pionera de Eduardo Kalina en la década de 1970— eran estudiantes avanzados de psicología o medicina que acompañaban a pacientes difíciles que no adherían al tratamiento (Bustos, 2021). En esa época, la tarea se instaló desde la necesidad, con un abordaje creativo pero sin una formación específica en acompañamiento terapéutico. Hoy, la situación es radicalmente diferente: existen tecnicaturas universitarias y licenciaturas en AT con planes de estudio aprobados por el Ministerio de Educación, y algunas provincias (como San Luis, Tucumán, Neuquén, Salta, Mendoza y Córdoba) han regulado el ejercicio profesional en sus territorios.

Sin embargo, la formación en intervenciones vinculares específicas sigue siendo un punto crítico. El AT no solo debe saber "estar con" el paciente, sino que debe saber intervenir con palabras, con silencios, con actos, con omisiones, sabiendo que cada una de esas intervenciones tiene efectos terapéuticos o iatrogénicos. Esto requiere un entrenamiento sistemático en el manejo de la transferencia, en la observación de la contratransferencia, en la detección de los momentos oportunos para intervenir y en la capacidad de diferir o de abstenerse cuando la intervención obturaría la emergencia del deseo del paciente. También requiere un trabajo continuo de supervisión — individual o grupal— donde el AT pueda llevar sus dificultades, sus dudas, sus propios malestares y recibir una mirada externa que le permita discriminar qué es del paciente, qué es propio y qué es del vínculo entre ambos.

En el caso específico de la rehabilitación cardiovascular, la formación del AT debería incluir conocimientos básicos sobre la fisiopatología del infarto, los factores de riesgo cardiovascular, los indicadores de alarma que requieren consulta médica urgente y los efectos secundarios de los medicamentos más comunes. No se trata de que el AT se convierta en un médico, sino de que pueda comprender la experiencia corporal del paciente —el dolor, la fatiga, el miedo al esfuerzo— y pueda diferenciar cuándo una

dificultad es parte del proceso de recuperación esperable y cuándo debe ser comunicada de inmediato al equipo tratante. La formación en primeros auxilios psicológicos y en manejo de crisis de angustia o ansiedad también resulta especialmente relevante, dado que muchos pacientes post infarto presentan episodios de ansiedad que pueden confundirse con síntomas cardíacos.

3.8 Hacia una clínica de lo posible: el aporte del AT en la construcción de nuevas rutinas

Uno de los conceptos más fértiles para pensar la especificidad del AT en la adherencia es el de "clínica de lo posible". A diferencia de otras disciplinas que tienden a ubicarse en el registro de lo que debería ser —el paciente "debería" hacer ejercicio, "debería" comer sano, "debería" tomar la medicación—, el AT se posiciona en el registro de lo que es posible aquí y ahora, en la vida concreta de este paciente con sus recursos y sus limitaciones reales. No se trata de bajar las expectativas o de conformarse con poco, sino de reconocer que un cambio sostenible en el tiempo no se impone desde afuera, sino que se construye paso a paso, en la experiencia cotidiana del paciente.

El AT puede colaborar en la construcción de nuevas rutinas de manera artesanal, ajustada a cada caso. Por ejemplo, si un paciente post infarto tiene miedo de caminar solo, el AT puede acompañarlo en los primeros recorridos, ayudarlo a identificar puntos de referencia que le den seguridad, y retirarse progresivamente a medida que el paciente internaliza la confianza en su propio cuerpo.

Si el paciente olvida tomar la medicación, el AT puede ayudarlo a instalar un pastillero semanal y a asociar la toma de la medicación con una rutina diaria ya establecida (como cepillarse los dientes o tomar el desayuno). Si el paciente tiene dificultades para seguir la dieta indicada, el AT puede acompañarlo a hacer las compras, leer las etiquetas de los alimentos y cocinar juntos platos saludables que el paciente aprenda a reproducir por sí mismo. Estas intervenciones, modestas en apariencia, tienen un impacto profundo en la adherencia porque no se limitan a informar o a recomendar,

sino que ofrecen una experiencia concreta de que el cambio es posible y de que el paciente es capaz de realizarlo.

La clínica de lo posible también implica un trabajo sobre la temporalidad. La rehabilitación cardiovascular es un proceso que se extiende a lo largo de meses y años. En los primeros momentos, el paciente suele estar muy motivado, pero esa motivación tiende a decaer cuando los resultados no son inmediatos o cuando aparecen las dificultades cotidianas.

El AT, al estar presente en esos momentos de desmotivación, puede ayudar al paciente a sostener las pequeñas metas a corto plazo que, acumuladas, producen cambios significativos. También puede ayudar a tramitar la frustración de las recaídas o los retrocesos —días en que el paciente no puede caminar porque está cansado, semanas en que la alimentación no fue la adecuada— sin que eso se convierta en un abandono definitivo del plan de rehabilitación. La presencia del AT ofrece una continuidad que los dispositivos más espaciados en el tiempo no pueden garantizar.

3.9 Síntesis del desarrollo

A lo largo de este desarrollo se ha argumentado que la adherencia a la rehabilitación cardiovascular es un fenómeno complejo, multideterminado y, fundamentalmente, vincular. Lejos de poder ser abordada mediante intervenciones exclusivamente informativas o prescriptivas, requiere un dispositivo que pueda sostener la presencia, la confianza y la construcción conjunta de nuevas rutinas en la vida cotidiana del sujeto. El Acompañamiento Terapéutico, por su inserción en el territorio del paciente, por su herramienta vincular y por su ética de la abstinencia y de lo posible, se presenta como un dispositivo privilegiado para intervenir en la adherencia, especialmente en aquellos casos en los que las barreras emocionales, psicosociales o relacionales obstaculizan la continuidad del tratamiento.

La articulación del AT con el equipo interdisciplinario de salud es condición necesaria para que esta intervención sea efectiva, pero dicha articulación no puede darse por sentada: debe construirse en la práctica, con reuniones periódicas, intercambio de información, discusión de casos y reconocimiento mutuo de las especificidades de cada disciplina. Asimismo, la formación del AT debe incluir un entrenamiento sistemático en intervenciones vinculares, en supervisión y en conocimientos básicos sobre la patología cardiovascular y su tratamiento, de modo que pueda operar con seguridad clínica y con una comprensión adecuada de los fenómenos transferenciales que se ponen en juego en el vínculo.

4. CONCLUSIONES

El presente trabajo se propuso analizar la influencia del Acompañamiento Terapéutico en la adherencia al plan de rehabilitación cardiovascular post infarto en la etapa ambulatoria, desde una perspectiva teórico-conceptual. El recorrido realizado permite sostener que la articulación entre el dispositivo AT y la rehabilitación cardiovascular no constituye una mera extensión de prácticas preexistentes, sino que abre un campo de intervención específico con lógica propia.

El análisis desarrollado permite extraer una serie de núcleos significativos que ordenan la relación entre el AT y la adherencia en este contexto.

En primer lugar, la adherencia se revela como un fenómeno que excede la dimensión individual para inscribirse en el orden de lo vincular: el paciente sostiene un tratamiento en la medida en que éste se ancla en la trama de relaciones que constituyen su mundo cotidiano. El AT, por su inserción en ese territorio, ocupa una posición singular para registrar las dificultades concretas que obstaculizan la continuidad del plan rehabilitador.

En segundo lugar, las barreras emocionales y psicosociales —miedo, ansiedad, depresión, aislamiento— adquieren relevancia central en la fase ambulatoria, donde la

supervisión directa disminuye. La distinción entre no adherencia intencional y no adherencia no intencional resulta operativamente fértil para el AT, pues cada una demanda una lógica de intervención diferente: comprensiva e interrogante en el primer caso; orientada a la construcción de rutinas en el segundo.

En tercer lugar, el vínculo específico del AT se caracteriza por una combinación particular de presencia, contención y abstinencia. La presencia en lo cotidiano opera como intervención en sí misma; la contención ofrece un andamiaje sin suplantar al paciente; la abstinencia —lejos de significar distancia— refiere a la capacidad de no imponer el propio deseo del acompañante, abriendo un espacio para que emerja el deseo del paciente.

Finalmente, la eficacia del AT en este campo depende de su inserción en equipos interdisciplinarios que funcionen como tales. La interdisciplina supone el reconocimiento mutuo de la incompletud de cada disciplina, la discusión de divergencias y la construcción conjunta del problema. Sin esta articulación, las intervenciones del AT pierden su anclaje en el plan terapéutico global.

Limitaciones y proyecciones

Por su carácter teórico-conceptual, este trabajo no ha incluido un abordaje empírico, que permita contrastar las hipótesis planteadas con datos de la práctica clínica real. Esta limitación inherente al tipo de trabajo final integrador abre líneas de investigación futura: estudios de caso único, diseños de metodología mixta o relevamientos sistemáticos de experiencias existentes en Argentina podrían evaluar la efectividad de las intervenciones del AT en la adherencia a la rehabilitación cardiovascular.

Se recomienda, para los equipos interdisciplinarios, considerar la inclusión del AT como miembro estable con espacios regulares de intercambio y supervisión. Para los profesionales del AT, una formación complementaria en nociones básicas de fisiopatología cardiovascular y manejo de crisis. Para las instituciones formadoras, la

incorporación de módulos específicos sobre rehabilitación cardiovascular. Para los sistemas de salud, avanzar en la inclusión del AT como prestación explícita dentro de estos programas, en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Reflexión final

El Acompañamiento Terapéutico nació como una respuesta a la dificultad de ciertos pacientes para sostener tratamientos convencionales, anclado en la convicción de que la presencia calificada de otro puede marcar la diferencia entre el desamparo y la recuperación. La rehabilitación cardiovascular post infarto constituye un campo fértil para su despliegue, no solo por la alta prevalencia de factores psicosociales que afectan la adherencia, sino por la oportunidad de articular lo físico con lo psíquico, lo individual con lo vincular. La especificidad del AT lo convierte en un dispositivo singular para abordar aquello que las indicaciones médicas, por sí solas, no pueden garantizar: que el paciente no solo sepa qué hacer, sino que pueda apropiarse subjetivamente de ese hacer como parte de su propio deseo de vivir mejor.

Finalmente, resulta necesario jerarquizar un aspecto central para la consolidación disciplinar. Los acompañantes terapéuticos no somos meros aplicadores de directivas externas. La trayectoria de la disciplina, con su desarrollo profesional y acumulación de saber situado, exige asumir un posicionamiento ético y epistémico: generar conocimiento desde el campo de intervención y sistematizar las prácticas es una responsabilidad política y profesional. Producir saber desde el interior del campo es una condición para que el Acompañamiento Terapéutico no sea solo un recurso prescripto por otros, sino una práctica con voz propia, autoridad clínica y un lugar legítimo en el campo de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, C. A. (2023). *El dispositivo grupal en el acompañamiento terapéutico: experiencias con adolescentes y jóvenes adultos de la ciudad de Bahía*

Blanca [Trabajo Final de Grado, Universidad del Gran Rosario]. Repositorio Institucional UGR.

Ambrosetti, M., Abreu, A., Corrà, U., Davos, C. H., Hansen, D., Frederix, I., Iliou, M. C., Pedretti, R. F. E., Schmid, J. P., & Vigorito, C. (2021). Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. *European Journal of Preventive Cardiology*, *28*(5), 460-495.

Araneda, M. F. (2023). *La interdisciplinariedad como premisa necesaria para el buen desempeño en el Acompañamiento Terapéutico* [Trabajo Final de Grado, Universidad del Gran Rosario]. Repositorio Institucional UGR.

Balady, G. J., Williams, M. A., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J. M., Franklin, B., Sanderson, B., & Southard, D. (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. *Circulation*, *115*(20), 2675-2682.

Berenstein, I. (2004). *Devenir Otro con Otro(s): Ajenidad, presencia, interferencia*. Paidós.

Bernstein, J. H. (2015). Transdisciplinarity: A review of its origins, development, and current issues. *Journal of Research Practice*, *11*(1), Article R1.

Brown, T. M., Pack, Q. R., Aberegg, E., Brewer, L. C., Ford, Y. R., Forman, D. E., Gathright, E. C., Khadanga, S., Ozemek, C., & Thomas, R. J. (2024). Core components of cardiac rehabilitation programs: 2024 update. *Circulation*, *150*(18), e328-e347.

Bustos, G. (2015). *Exploración del dispositivo grupal institucional que propone el Grupo Esperanza del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, para promocionar la salud mental* [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de San Luis].

Bustos, G. (2021). El entramado vincular en Acompañamiento Terapéutico. En *XVIII Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico*. San José, Costa Rica.

Chayan, K. (s.f.). *La abstinencia en el acompañamiento terapéutico* [Documento inédito o manuscrito no publicado].

Del Cueto, A. M., Fernández, A., Scherzer, R., Smolovich, M., Moccio, H., Kesselman, M., Langer, E., Pavlosky, A., Bauleo, F., & Fiasché, A. (1985). *Lo grupal 2*. Ediciones Búsqueda.

Dorfman Lerner, B. (1984). El acompañamiento terapéutico. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, *30*(1), 21-28.

Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En N. Elichiry, *Escuela y aprendizajes: Trabajos de psicología educativa* (pp. 101-112). Manantial.

Elmasian, M. (2012). Revisión del papel del apoyo social en la enfermedad cardíaca. En *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Universidad de Buenos Aires.

Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Catálogos.

Ferrandini, D. (2011). *Salud: ¿qué es y qué no es?* Lugar Editorial.

França, D. A. D. (2016). Acompanhamento terapêutico de grupo: uma alternativa em saúde mental. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, *36*(91), 329-339.

França, D. A. D., & Frank, M. L. (2021). Acompañamiento terapéutico en grupo: experiencias argentinas y brasileñas. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, *41*(100), 16-25.

Frank, M. L. (2020). *Lo vincular en el Acompañamiento Terapéutico* [Documento inédito].

García, R. (2006). *Sistemas complejos: conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Gedisa.

Guerra-Rosas, D., & Lugli-Rivero, Z. (2010). Variables psicosociales en la adherencia a programas de rehabilitación cardíaca. *Psicología Conductual*, *18*(1), 167-181.

Gumiel-Mur, V. A. A. (2023). *Acompañamiento terapéutico grupal: un abordaje comunitario posible en el tratamiento de los consumos problemáticos* [Trabajo Final de Grado, Universidad del Gran Rosario]. Repositorio Institucional UGR.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw Hill.

Kalina, E. (2003). Entrevista al Dr. Eduardo Kalina. En S. Kuras de Mauer & S. Resnizky, *Acompañantes Terapéuticos*. Letra Viva.

Kuras de Mauer, S., & Resnizky, S. (2003). *Acompañantes Terapéuticos: actualización teórico-clínica*. Letra Viva.

Kuras de Mauer, S., & Resnizky, S. (2008). *Acompañamiento Terapéutico: un espacio vincular*. Letra Viva.

Ley N° 22.431. (1981). Sistema de Protección Integral de los Discapacitados. *Boletín Oficial* N° 24632.

Ley N° 24.901. (1997). Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad. *Boletín Oficial* N° 29000.

Ley N° 25.421. (2001). Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APMS). *Boletín Oficial* N° 29640.

Ley N° 26.378. (2008). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Boletín Oficial* N° 31422.

Ley N° 26.480. (2009). Incorporase el inciso d) al artículo 39 de la Ley N° 24.901. *Boletín Oficial* N° 31628.

Ley N° 26.657. (2010). Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial* N° 32041.

Ley N° 27.045. (2014). Ley de Educación Nacional. *Boletín Oficial* N° 33035.

Ley N° 9864/2025. (2025). Ejercicio profesional del Acompañante Terapéutico en la provincia de Tucumán. Legislatura de Tucumán.

Ley N° III-0599-2007. (2007). Acompañantes Terapéuticos. Legislatura de San Luis.

Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N., Freedland, K. E., Jaffe, A. S., Leifheit-Limson, E. C., Sheps, D. S., Vaccarino, V., & Wulsin, L. R. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: Systematic review and recommendations. *Circulation*, *129*(12), 1350-1369.

Monturori, A., & Chevez, A. (2017). Escena social y escena terapéutica: el Acompañamiento Terapéutico Grupal (ATG). En M. L. Frank, M. Costa & D. Hernández (Comps.), *Acompañamiento terapéutico: clínica en las fronteras* (pp. 175-182). Brujas.

Nicolescu, B. (2005). *Transdisciplinarity: Past, present and future*. CETRANS.

Nivoloni, J. M. (2008). El acompañamiento terapéutico y la psicosis. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, *1*(5).

Organización Mundial de la Salud. (1993). *Rehabilitación después de las enfermedades cardiovasculares, con especial atención a los países en desarrollo* (Serie de Informes Técnicos N° 831). OMS.

Pedretti, R. F. E., Hansen, D., Ambrosetti, M., Back, M., Berger, T., Cordeiro Ferreira, M., Cornelissen, V., Davos, C. H., Doehner, W., de Pablo y Zarzosa, C., Frederix, I., Greco, A., Kurpas, D., Michal, M., Osto, E., Pedersen, S. S., Salvador, R. E., Simonenko, M., Steca, P., ... Abreu, A. (2023). How to optimize the adherence to a guideline-directed medical therapy in the secondary prevention of cardiovascular diseases. *European Journal of Preventive Cardiology*, *30*(2), 149-166.

Rapaccioli, C. A. (2023). *El juego grupal en el acompañamiento terapéutico: una invitación al encuentro y la inclusión* [Trabajo Final de Grado, Universidad del Gran Rosario]. Repositorio Institucional UGR.

Resolución N° 592/2022. (2022). Acompañantes Terapéuticos: Normativa de jerarquización. *Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires* N° 29272.

Resolución N° 1014/2014. (2014). Diseño Curricular del curso de Formación Profesional de Acompañante Terapéutico. Dirección General de Cultura y Educación, Buenos Aires.

Resolución N° 1221/2015. (2015). Diseño Curricular de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico. Dirección General de Cultura y Educación, Buenos Aires.

Resolución N° 1293. (s.f.). (2022) Acompañamiento terapéutico en el ámbito escolar. Provincia del Neuquén.

Río, J., Turro Carro, M., & Mesa Valiente, D. (2005). *Rehabilitación cardíaca*. Masson.

- Rocha-Nieto, L. M., Herrera-Delgado, C., & Vargas-Olano, M. (2017). Adherencia al tratamiento en rehabilitación cardíaca: diseño y validación de un programa de intervención biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, *26*(1), 61-81.
- Rossi, G. (2019). *Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Polemos.
- Sabaté, E. (Ed.). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.
- Sorbara, S., Filippo, L., Maturo, M. C., Ulecia, G. V., & Rodriguez, M. (2024). El rol del Acompañante Terapéutico en el sistema de salud argentino. En *Actas del XIV Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico* (pp. 197-201). Montevideo, Uruguay.
- Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Campo Psi: Revista de Información Especializada*, *3*(10).
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. En *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental*. Posadas, Misiones.
- Van der Laan, D. M., Elders, P. J. M., Boons, C. C. L. M., Beekman, A. T. F., & Hugtenburg, J. G. (2019). Factors associated with nonadherence to cardiovascular medications: A cross-sectional study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *34*(4), 344-352.
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J. K., & Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *73*(5), 691-705.