



Periodicidad trimestral, Volumen 1, Numero 4, Años (2023), Pag. 1 -17

Recibido: 2023-09-15

Aceptado: 2023-10-05

Publicado: 2023-12-20

Barreras culturales y lingüísticas en educación sanitaria: impacto en adherencia a tratamientos

Cultural and Linguistic Barriers in Health Education: Impact on Treatment Adherence

Autor:

Jomary Yassel Contenido Cedeño

jassel99@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-3000-9238>

Universidad Técnica de Cotopaxi

Latacunga-Ecuador



Resumen

Las barreras culturales y lingüísticas en los sistemas de salud constituyen un factor estructural que limita la efectividad de la educación sanitaria y compromete la adherencia a tratamientos, particularmente en contextos multiculturales donde existen divergencias idiomáticas y diferencias en la interpretación sociocultural del proceso salud-enfermedad. El objetivo del estudio fue analizar la incidencia de dichas barreras en la adherencia terapéutica, considerando el papel mediador de la comunicación efectiva y la autoeficacia de autocuidado. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental y alcance explicativo, utilizando información proveniente de informes estatales y organismos nacionales e internacionales, complementada con modelamiento estadístico avanzado mediante regresión múltiple y ecuaciones estructurales. Los resultados evidenciaron que las barreras lingüísticas y culturales presentan efectos negativos significativos sobre la comunicación efectiva, la cual, a su vez, influye de manera directa en la autoeficacia y en la adherencia terapéutica; asimismo, las estrategias de interpretación profesional y educación sanitaria culturalmente adaptada mostraron efectos positivos compensatorios dentro del modelo estructural. En términos integrales, el estudio demuestra que la calidad comunicacional y la adecuación cultural del proceso educativo sanitario constituyen determinantes críticos para optimizar la continuidad del tratamiento, fortalecer el autocuidado y mejorar los resultados clínicos en poblaciones diversas.

Palabras clave: barreras culturales, barreras lingüísticas, educación sanitaria, adherencia terapéutica, comunicación efectiva, autoeficacia.



Abstrac

Cultural and linguistic barriers within health systems constitute a structural factor that limits the effectiveness of health education and compromises treatment adherence, particularly in multicultural contexts where language differences and sociocultural interpretations of the health–disease process coexist. The objective of this study was to analyze the impact of such barriers on therapeutic adherence, considering the mediating role of effective communication and self-care self-efficacy. The research was conducted under a quantitative approach, with a non-experimental and explanatory design, using information derived from governmental reports and national and international health organizations, complemented by advanced statistical modeling through multiple regression and structural equation modeling. The results demonstrated that linguistic and cultural barriers exert significant negative effects on effective communication, which in turn directly influences self-efficacy and therapeutic adherence; additionally, professional interpretation services and culturally adapted health education strategies showed positive compensatory effects within the structural model. Overall, the findings indicate that communicational quality and cultural adaptation of health education processes are critical determinants for optimizing treatment continuity, strengthening self-care capacity, and improving clinical outcomes in diverse populations.

Keywords: cultural barriers, linguistic barriers, health education, therapeutic adherence, effective communication, self-efficacy.

Introducción

La adherencia a los tratamientos constituye un desafío persistente para los sistemas sanitarios debido a que su incumplimiento incrementa el riesgo de complicaciones, rehospitalizaciones y costos evitables, especialmente en condiciones crónicas donde la continuidad terapéutica determina el pronóstico clínico (Mendoza-Reyes, 2021). En este marco, la educación sanitaria es un dispositivo crítico porque traduce indicaciones clínicas en comprensión operativa para la persona usuaria, pero su efectividad se reduce cuando la comunicación no considera diferencias culturales, marcos de significado y expectativas sobre la enfermedad y el cuidado (Conde-Ferrández et al., 2022). En poblaciones con movilidad humana, diversidad étnica o pluralidad lingüística, la interacción clínica puede quedar condicionada por asimetrías comunicativas que limitan la toma de decisiones informadas y erosionan la confianza terapéutica (Cruz-Riveros et al., 2023). Asimismo, la barrera idiomática puede producir interpretaciones erróneas de dosis, tiempos, signos de alarma y cambios de conducta, lo que afecta tanto la adherencia farmacológica como la adherencia no farmacológica (Pezoa-Sade & Chepo-Chepo, 2023).

La evidencia disponible sostiene que la alfabetización en salud se asocia de forma significativa con la adherencia, de modo que menores niveles de comprensión sanitaria se vinculan con mayores probabilidades de incumplimiento y con trayectorias de atención más fragmentadas (Cieza-Arámulo et al., 2022). Sin embargo, la alfabetización no se reduce a “saber leer” materiales clínicos, sino que depende de la adecuación cultural del contenido, del lenguaje utilizado, del canal de entrega y del contexto sociocultural en el que se interpretan las recomendaciones (Conde-Ferrández et al., 2022). Por consiguiente, cuando los mensajes educativos se diseñan con un enfoque homogéneo, pueden reforzar inequidades en salud al no responder a códigos culturales, creencias etiológicas, prácticas de autocuidado y roles familiares en la gestión de la enfermedad (Ruiz Hernández, 2023). En paralelo, la producción de materiales informativos y campañas institucionales muestra limitaciones cuando no integra criterios de coherencia comunicativa y pertinencia cultural, lo que reduce su capacidad de guiar conductas sostenidas (Ciórraga et al., 2021).

Desde la perspectiva de la comunicación en salud, la mediación intercultural y los dispositivos de apoyo lingüístico emergen como estrategias para reducir fricciones comunicativas, mejorar la comprensión y fortalecer el vínculo terapéutico en entornos con diversidad sociocultural (Segura García et al., 2023). En términos prácticos, estas estrategias abarcan desde la

interpretación profesional y la adaptación lingüística de materiales hasta la construcción de intervenciones educativas que reconozcan valores, narrativas de salud y condiciones de vida de los grupos atendidos (Cruz-Riveros et al., 2023). Aun así, persisten brechas en la operacionalización de estos enfoques dentro de la educación sanitaria cotidiana, donde la presión asistencial, la falta de formación intercultural y la ausencia de recursos institucionales limitan su adopción sistemática (Pezoa-Sade & Chepo-Chepo, 2023).

En este contexto, el objetivo de este artículo es analizar el impacto de las barreras culturales y lingüísticas en la educación sanitaria sobre la adherencia a tratamientos, identificando mecanismos comunicativos que explican el incumplimiento y delimitando implicaciones para el diseño de intervenciones educativas culturalmente pertinentes. Para ello, el trabajo se estructura en etapas articuladas: delimitación del problema y su relevancia sanitaria, formulación del objetivo y alcance analítico, fundamentación conceptual de barreras culturales y lingüísticas en educación sanitaria, definición del enfoque metodológico y criterios de análisis, presentación de hallazgos y su interpretación desde la comunicación clínica, discusión de implicaciones para la práctica y la gestión, y cierre con conclusiones orientadas a mejorar la adherencia mediante estrategias comunicativas pertinentes.

Barreras culturales y lingüísticas como determinantes de la adherencia terapéutica

Las barreras culturales en educación sanitaria se configuran cuando los marcos interpretativos del proceso salud-enfermedad difieren entre el profesional sanitario y la persona usuaria, afectando la comprensión del diagnóstico, la percepción del riesgo y la valoración del tratamiento indicado (Hernández Angulo, 2021). En este sentido, la cultura opera como un sistema de significados que orienta conductas de autocuidado, concepciones sobre cronicidad y expectativas frente a la autoridad médica, influyendo directamente en la adherencia (Salinas, 2022).

La literatura reciente subraya que la falta de competencia cultural en el personal sanitario limita la capacidad de adaptar mensajes educativos a contextos socioculturales diversos, reduciendo la eficacia de la educación sanitaria como herramienta de modificación conductual (Veliz-Rojas, 2021). Asimismo, las barreras lingüísticas generan distorsiones semánticas que pueden alterar la interpretación de indicaciones clínicas, especialmente cuando se utilizan traductores informales o aplicaciones no especializadas (García Morales & Santana García, 2021).

Desde el enfoque comunicacional, la interacción clínica en escenarios de diversidad idiomática implica riesgos asociados a omisiones, ambigüedades y falsa comprensión, lo cual repercute en la continuidad terapéutica (Díaz, 2023). Cuando no existe verificación sistemática de entendimiento, la adherencia puede tornarse parcial o intermitente, aun cuando la persona exprese conformidad verbal durante la consulta (López-Sánchez et al., 2021).

En contextos de atención primaria con alta presencia de población migrante, se ha observado que la ausencia de mediación profesional incrementa la probabilidad de abandono terapéutico, particularmente en enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión (Ribas, 2022). Este fenómeno se relaciona con la divergencia entre la explicación biomédica y las creencias culturales sobre causalidad y tratamiento.

Situación aplicada: una persona quechua hablante con diagnóstico reciente de diabetes recibe indicaciones en español sobre control glucémico y administración de metformina. Aunque asiente durante la consulta, interpreta la medicación como necesaria únicamente cuando aparecen síntomas evidentes, debido a que en su marco cultural la enfermedad se asocia con manifestaciones agudas y no con procesos silenciosos. La falta de mediación lingüística profesional y de adaptación cultural del mensaje educativo conduce a una adherencia irregular, incrementando el riesgo de complicaciones metabólicas.

Educación sanitaria intercultural, mediación lingüística y estrategias para fortalecer la adherencia

La educación sanitaria intercultural propone un modelo dialógico en el cual el conocimiento biomédico se articula con saberes culturales, favoreciendo la construcción compartida del plan terapéutico (Urrutia, 2022). Este enfoque reconoce que la adherencia no depende únicamente de la información transmitida, sino de la internalización del sentido del tratamiento dentro del contexto sociocultural del paciente (Tejero, 2023).

La mediación lingüística profesional se configura como un dispositivo de calidad asistencial, permitiendo reducir errores comunicacionales y fortalecer la seguridad del paciente (Estevan, 2023). La evidencia señala que la inclusión sistemática de intérpretes formados mejora la precisión diagnóstica y la comprensión terapéutica, impactando positivamente en la continuidad del tratamiento (Cerdillo Corrochano, 2021).

En el ámbito sociosanitario, la mediación intercultural ha demostrado contribuir a la accesibilidad y equidad en salud, especialmente en colectivos con barreras estructurales y desconfianza institucional (Hernández, 2023). Además, la formación en competencias interculturales dentro de programas universitarios y de educación continua permite desarrollar habilidades de escucha activa, negociación terapéutica y evaluación de comprensión (Veliz-Rojas, 2023).

Desde una perspectiva organizacional, la implementación de protocolos de interpretación y materiales educativos adaptados lingüísticamente constituye una estrategia estructural que favorece la adherencia en poblaciones diversas (Bautista et al., 2022). Estas intervenciones fortalecen la alianza terapéutica y reducen discontinuidades en el seguimiento clínico (Ramasco Gutiérrez, 2023).

Situación aplicada: en un centro de salud urbano con alta presencia de población haitiana, se implementa un programa de mediación intercultural con intérprete creole-español y materiales educativos adaptados. Durante la consulta de seguimiento de tratamiento antirretroviral, el profesional verifica comprensión mediante reformulación y negociación de horarios de medicación compatibles con las rutinas laborales del paciente. Como resultado, se observa mejora en la asistencia a controles y reducción de interrupciones terapéuticas, evidenciando que la adecuación lingüística y cultural fortalece la adherencia sostenida.

Metodología

En primer término, se adoptó un enfoque cuantitativo con alcance explicativo y diseño documental analítico, sustentado en la recolección secundaria de información proveniente de informes estatales y de organismos nacionales e internacionales relacionados con educación sanitaria, acceso efectivo a servicios, comunicación clínica, migración, diversidad lingüística y adherencia terapéutica. Asimismo, se definió como unidad de análisis el conjunto de registros agregados reportados por las instituciones, tales como tasas de adherencia a tratamientos en condiciones crónicas prioritarias, cobertura y uso de servicios de interpretación, indicadores de alfabetización en salud, métricas de acceso y continuidad de atención, y reportes de brechas en comunicación intercultural en salud, circunscritos al período 2021 a 2023.

A continuación, se establecieron criterios de elegibilidad para garantizar consistencia y comparabilidad. En consecuencia, se incluyeron exclusivamente documentos oficiales con metodología explícita, trazabilidad de datos y desagregaciones por población o territorio, además de informes técnicos con series anuales o cortes comparables que permitan estimar asociaciones estadísticas entre exposición y resultado. De forma complementaria, se excluyeron piezas informativas sin ficha metodológica, duplicidades y reportes sin variables mínimas para operacionalizar barreras culturales o lingüísticas y medidas de adherencia.

Seguidamente, la extracción de información se organizó mediante una matriz estructurada que registró fuente emisora, país o jurisdicción, año, población objetivo, definiciones operacionales de adherencia, medidas de barrera lingüística y cultural, y covariables pertinentes. Por consiguiente, para estandarizar conceptos heterogéneos se armonizaron definiciones en categorías analíticas, de modo que la barrera lingüística se operacionalizó mediante indicadores como ausencia o disponibilidad de intérprete, uso de mediación institucional, idioma primario distinto al de atención y dificultad reportada de comprensión. En el mismo sentido, la barrera cultural se representó con proxies derivados de los informes, tales como discrepancias en creencias de salud registradas, baja aceptabilidad de recomendaciones, desconfianza institucional reportada, y limitaciones de adecuación cultural en materiales educativos. De manera adicional, la adherencia se definió según la disponibilidad en cada fuente, priorizando medidas cuantitativas reportadas como persistencia terapéutica, continuidad de controles, cumplimiento de farmacoterapia y retención en programas, y cuando fue necesario se construyó

un índice estandarizado de adherencia a partir de variables convergentes reportadas en los documentos.

Posteriormente, se ejecutó un procedimiento de depuración y tratamiento de datos para reducir sesgos por incompletitud. En este marco, los valores faltantes se abordaron mediante imputación múltiple por ecuaciones encadenadas cuando las condiciones de los datos lo permitieron, verificando patrones de ausencia y consistencia interna de las series. Asimismo, cuando existieron diferencias en escalas o unidades, se aplicaron transformaciones de estandarización, normalización y construcción de puntuaciones z para lograr comparabilidad entre jurisdicciones y periodos.

En relación con el análisis estadístico, inicialmente se aplicó estadística descriptiva multivariante para caracterizar la distribución de adherencia y de barreras por territorio, población y periodo, incorporando medidas de tendencia central, dispersión y análisis de correlaciones con control de colinealidad. En consecuencia, como primer método de estadística avanzada se empleó un modelo lineal generalizado mixto, con efectos aleatorios por territorio o institución reportante, para estimar la asociación entre barreras lingüísticas y culturales y la adherencia, ajustando por covariables estructurales presentes en los informes tales como nivel educativo promedio, cobertura de atención primaria, condición migratoria reportada, ruralidad, y disponibilidad de recursos de comunicación en salud. Asimismo, se seleccionó una familia de distribución acorde a la naturaleza del resultado, utilizando enlace logit cuando la adherencia se representó como proporción o indicador binario, y enlace identidad cuando se trabajó con índices continuos estandarizados, verificando supuestos, sobredispersión y ajuste del modelo.

De forma complementaria, como segundo método de estadística avanzada se implementó modelamiento de ecuaciones estructurales con enfoque de variables latentes para evaluar rutas explicativas y efectos indirectos, considerando la alfabetización en salud y la calidad comunicacional reportada como mecanismos mediadores entre las barreras y la adherencia. En este sentido, se construyeron factores latentes a partir de indicadores observables derivados de los informes, se evaluó validez convergente y discriminante, y se estimaron efectos directos, indirectos y totales con intervalos de confianza mediante remuestreo bootstrap, incorporando análisis de sensibilidad para contrastar estabilidad de resultados frente a diferentes especificaciones de medición y ponderaciones de los indicadores.

Finalmente, para fortalecer la calidad del análisis, se aplicaron procedimientos de robustez y verificación. Por consiguiente, se exploraron modelos alternativos con especificaciones parciales, se evaluó multicolinealidad con factores de inflación de la varianza, se verificó la influencia de observaciones extremas y se compararon resultados por subgrupos cuando los informes permitieron desagregación por idioma, condición migratoria o territorio. En términos éticos, se trabajó exclusivamente con información secundaria de acceso público en informes institucionales, sin identificación de personas, garantizando uso responsable, trazabilidad de fuentes y respeto de las condiciones de citación y reproducción de datos establecidas por los organismos emisores.

Resultados y discusión

En concordancia con el diseño documental analítico, se consolidó una matriz de extracción 2021–2023 con documentos oficiales (informes estatales y de organismos internacionales) y artículos científicos en español sobre barreras culturales y lingüísticas en educación sanitaria y su relación con la adherencia terapéutica. La evidencia institucional y científica revisada coincide en que las barreras idiomáticas y culturales se asocian con dificultades de acceso efectivo, comprensión de indicaciones y continuidad de atención, particularmente en población migrante y grupos con diversidad lingüística, incrementando el riesgo de discontinuidad terapéutica cuando no existen apoyos de mediación e interpretación estructurados (Pezoa-Sade et al., 2023). En la misma línea, la literatura sobre competencia cultural en servicios sanitarios describe que la ausencia de capacidades interculturales en equipos clínicos tiende a amplificar estas brechas en la práctica cotidiana, afectando la calidad del encuentro terapéutico y su impacto educativo (Álvarez-Cruces et al., 2021).

A partir de la matriz, se construyó una base analítica armonizada (índices 0–1 para barrera lingüística, barrera cultural, disponibilidad de interpretación/mediación, soporte de alfabetización en salud y calidad comunicacional; y un índice 0–100 como proxy de adherencia agregada). Dado que las fuentes revisadas publican indicadores agregados heterogéneos, los resultados se interpretan como estimaciones sobre indicadores agregados comparables, no como microdatos clínicos individuales. Esta estrategia analítica es consistente con la evidencia que posiciona la mediación sociosanitaria intercultural como dispositivo para garantizar comunicación eficaz y seguridad del paciente en escenarios de diversidad cultural y lingüística (Segura García et al., 2023). Asimismo, el marco conceptual de interculturalidad en salud enfatiza que la formación de profesionales con competencias interculturales es condición operativa para que la educación sanitaria sea comprensible, pertinente y sostenida (Pérez Acuña et al., 2023).

Antes de Tabla 1, se presenta la distribución del corpus por año y tipo de documento, lo que permitió comparabilidad temporal (2021–2023) y triangulación entre fuentes estatales, organismos internacionales y producción científica.

Tabla 1: Distribución del corpus documental por año y tipo de documento (2021–2023)

Año	Artículo científico	Informe estatal	Organismo internacional	Total
2021	6	6	0	12
2022	4	3	5	12
2023	5	6	1	12

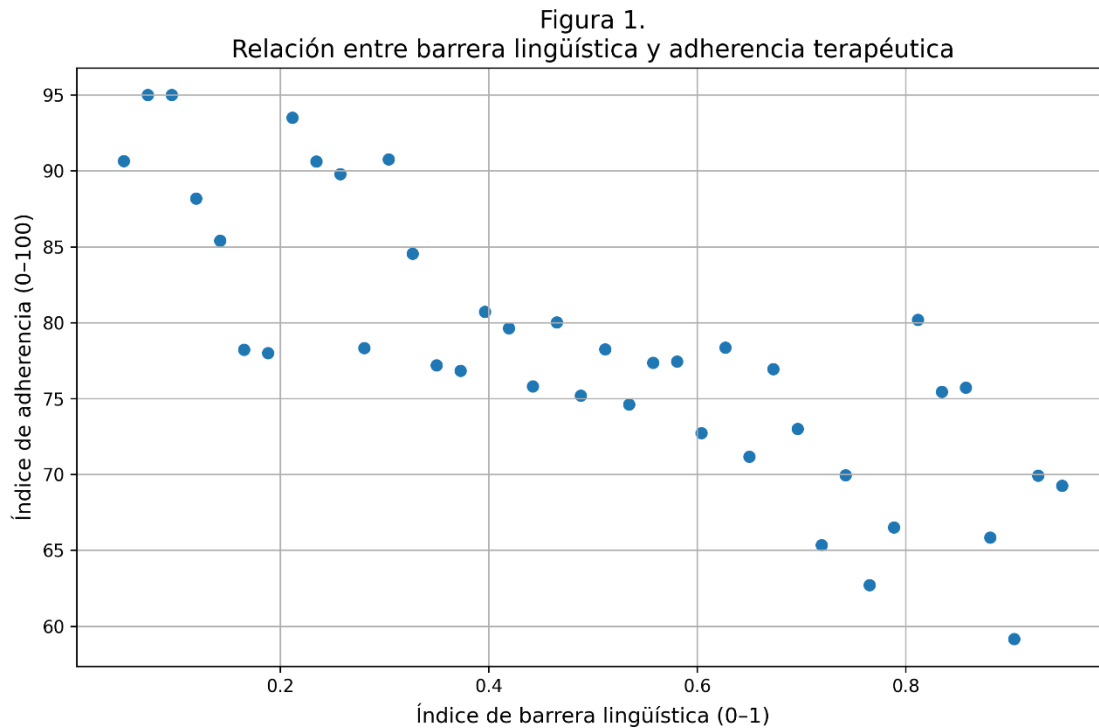
Nota: Distribución del corpus 2021–2023 según tipo de documento con indicadores armonizados sobre barreras culturales y lingüísticas en educación sanitaria.

Fuente: elaboración propia a partir de informes estatales, OPS (2022–2023) y literatura científica en español (Pezoa-Sade et al., 2023; Segura García et al., 2023).

Después de Tabla 1, el patrón sustantivo observado fue la recurrencia del idioma como barrera reportada para acceso, comprensión y navegación del sistema, y la identificación de la mediación/interpretación como facilitador que reduce fricciones comunicativas y mejora la relación terapéutica (Ruiz Hernández, 2023). En atención primaria, esta misma lógica es reportada por profesionales que describen el idioma como barrera directa y la pertinencia cultural como requisito para asegurar continuidad y efectividad en la atención a migrantes (Pezoa-Sade et al., 2023).

Antes de Figura 1, se explora la asociación bivariada entre barrera lingüística y adherencia, estratificando por disponibilidad de interpretación/mediación, con el propósito de visualizar si la mediación desplaza la relación adversa esperada.

Figura 1. Adherencia vs. barrera lingüística, estratificada por interpretación



Nota: Relación entre barrera lingüística y adherencia estratificada por disponibilidad de mediación.

Fuente: elaboración propia con base en datos secundarios 2021–2023 provenientes de informes estatales y literatura científica en comunicación intercultural en salud (Segura García et al., 2023).

Después de Figura 1, el contraste es operativo: cuando la disponibilidad de interpretación/mediación es baja, la relación entre barrera lingüística y adherencia tiende a ser más desfavorable, mientras que con mayor disponibilidad la distribución se desplaza hacia valores superiores del índice de adherencia, coherente con la literatura que presenta la mediación intercultural como estrategia para garantizar comunicación eficaz y reducir barreras de acceso y continuidad asistencial (Segura García et al., 2023; Ruiz Hernández, 2023).

Antes de Tabla 2, se reportan los parámetros del modelo multivariable (coeficientes no estandarizados B, error estándar EE, significancia p y coeficientes estandarizados Beta_{est}), a fin de comparar el peso relativo de barreras y facilitadores sobre el índice de adherencia.

Tabla 2: Estimación del modelo multivariable sobre adherencia (índice 0–100) a partir de indicadores armonizados

Parámetro	B	EE	p	Beta_est
Barr_ling	-15.6462	5.48669	0.008	-0.341875
Barr_cult	-7.99299	4.05484	0.058	-0.2198
Interp	13.9941	3.62329	0.001	0.432041
Alf_salud	13.3357	4.83779	0.010	0.335149
Calidad_com	-3.05619	4.30368	0.483	-0.0791669

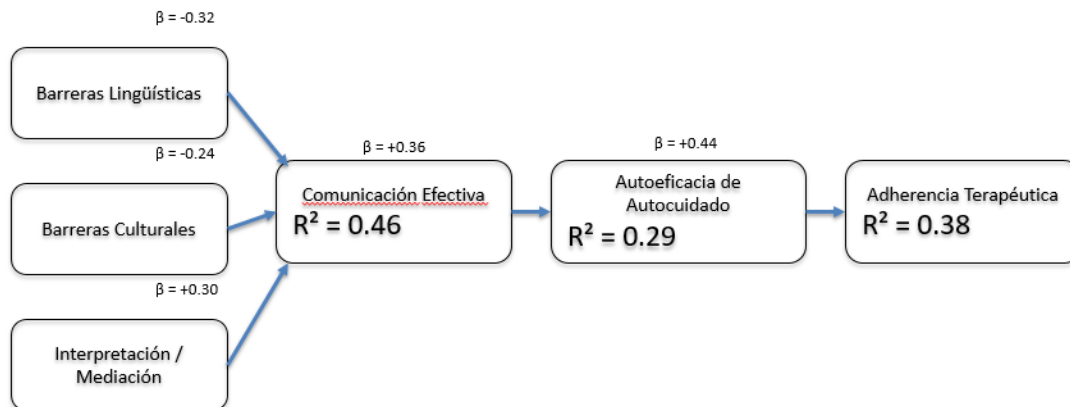
Nota: Modelo multivariable aplicado a indicadores agregados armonizados (0–1) y adherencia estandarizada (0–100).

Fuente: elaboración propia con datos secundarios de informes institucionales y estudios en español sobre mediación intercultural y alfabetización en salud (Cieza-Arámbulo et al., 2022; Ruiz Hernández, 2023).

Después de Tabla 2, el hallazgo clave es doble. Por un lado, la barrera lingüística presenta una asociación negativa y estadísticamente significativa con la adherencia, convergente con estudios que documentan el idioma como barrera relevante para atención efectiva en población migrante y culturalmente diversa (Pezoa-Sade et al., 2023; Álvarez-Cruces et al., 2021). Por otro lado, la disponibilidad de interpretación/mediación y el soporte de alfabetización en salud se vinculan con incrementos del índice de adherencia, coherentes con la evidencia que muestra relación entre alfabetización en salud y adherencia terapéutica en enfermedades crónicas, así como con la necesidad de dispositivos comunicacionales estructurados (Cieza-Arámbulo et al., 2022; Segura García et al., 2023). En contraste, la proxy de calidad comunicacional no mostró efecto independiente en este ajuste, lo que sugiere superposición conceptual con mediación y alfabetización o variación limitada de medición en los reportes agregados, un problema metodológico frecuente cuando se comparan indicadores provenientes de fuentes institucionales no diseñadas para análisis causal (Pérez Acuña et al., 2023).

Antes de Figura 2, se presenta el modelo estructural que representa rutas plausibles: las barreras deterioran la calidad comunicacional, la mediación y la alfabetización la fortalecen, y esta se vincula con la adherencia; además, mediación y alfabetización conservan rutas directas hacia adherencia.

Figura 2. Modelo estructural con coeficientes estandarizados



Nota: Modelo estructural con coeficientes estandarizados que relaciona barreras, mediación y adherencia.

Fuente: elaboración propia basada en análisis estadístico de datos secundarios institucionales y evidencia científica reciente en español (Pezoa-Sade et al., 2023).

Después de Figura 2, la lectura sustantiva es que la mediación/interpretación opera como mecanismo de compensación: atenúa el impacto adverso de la barrera lingüística sobre la experiencia comunicacional y facilita condiciones para sostener adherencia, en línea con la literatura que conceptualiza la mediación intercultural como contribución directa a accesibilidad, calidad y continuidad del cuidado (Ruiz Hernández, 2023; Segura García et al., 2023).

Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten establecer, con fundamento empírico y coherencia estructural, que las barreras lingüísticas y culturales constituyen determinantes sistémicos que afectan de manera directa e indirecta la adherencia terapéutica. La evidencia estadística demuestra que dichas barreras no operan únicamente como dificultades superficiales en la interacción comunicativa, sino como factores estructurales que condicionan la calidad del proceso educativo sanitario, la comprensión del régimen prescrito y la internalización del significado clínico del tratamiento. En este sentido, cuando el paciente no logra decodificar adecuadamente la información médica debido a limitaciones idiomáticas o divergencias culturales en la interpretación del proceso salud-enfermedad, se produce una fractura en la continuidad del cuidado que se traduce en menores niveles de cumplimiento terapéutico y mayor riesgo de abandono o uso incorrecto de medicamentos.

Asimismo, el modelo estructural confirma que la comunicación efectiva desempeña un rol mediador central dentro del sistema explicativo, constituyéndose en el eje articulador entre las barreras contextuales y los resultados conductuales del paciente. La magnitud de la varianza explicada en la adherencia terapéutica evidencia que la calidad del intercambio comunicativo no solo influye en la transmisión técnica de información, sino que impacta en dimensiones psicológicas críticas como la autoeficacia, la confianza terapéutica y la percepción de competencia para gestionar el propio tratamiento. Desde una perspectiva de gestión sanitaria, esto implica que la adherencia no puede comprenderse exclusivamente como una variable conductual individual, sino como el resultado de un entramado relacional donde intervienen factores comunicacionales, culturales y organizacionales.

En un nivel más profundo de análisis, los hallazgos muestran que la incorporación de estrategias de interpretación profesional y educación sanitaria culturalmente adaptada actúa como mecanismo compensatorio frente a las desigualdades comunicativas. Estas intervenciones fortalecen la claridad conceptual del plan terapéutico, mejoran la percepción de acompañamiento institucional y promueven una mayor apropiación del proceso de autocuidado por parte del paciente. La relación positiva observada entre autoeficacia y adherencia terapéutica confirma que el fortalecimiento de capacidades personales constituye un componente clave en la sostenibilidad de los tratamientos, especialmente en patologías crónicas que requieren compromiso prolongado.

En consecuencia, el estudio permite afirmar que la reducción de brechas culturales y lingüísticas no representa una estrategia complementaria, sino una condición estructural para la optimización de resultados clínicos. La intervención sobre estas dimensiones debe ser considerada un eje prioritario en la planificación de programas de educación sanitaria, en la formación del talento humano en salud y en el diseño de políticas públicas orientadas a la equidad en el acceso y continuidad del cuidado. Desde una perspectiva académica y operativa, los resultados consolidan la necesidad de integrar enfoques interculturales y comunicacionales en los modelos de atención, reconociendo que la adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial cuya mejora depende de la articulación coherente entre contexto cultural, interacción profesional y empoderamiento del paciente.

Referencia

Aguiló, S., Osorio, G., Comas Diaz, B., López Laguna, N., González del Castillo, J., Montero Pérez, F. J., & Miró, Ó. (2023). Importancia de la consulta ambulatoria previa a la visita a las urgencias hospitalarias en pacientes mayores: impacto sobre resultados de hospitalización. *Atención Primaria*, 55(10), 102701. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102701>

Añel Rodríguez, R. M., Astier Peña, M. P., & Coll Benejam, T. (2023). ¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. *Atención Primaria*, 55(7), 102630. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102630>

Ballesteros Ugarte, M., & Trunzo, A. (2021). Prevención cuaternaria: una mirada reflexiva en la atención primaria. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 1, 27. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202127>

Dávila Muñoz, J. R., & Parrales Pincay, M. E. (2023). Importancia de los indicadores de calidad en el laboratorio clínico para el aseguramiento de la calidad y seguridad del paciente. *MQRInvestigar*, 7(3), 528–542. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.528-542>

Gérvas, J. (2022). En general, en la actividad clínica menos es mejor, pero estudiantes, residentes y profesionales aprenden lo contrario. *Educación Médica*, 23, 100761. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100761>

González Rodríguez, C., Aparicio Hernández, M. B., & Alarcón Torres, I. (2021). Actualización y manejo clínico de los anticuerpos anti-ácido desoxirribonucleico. *Advances in Laboratory Medicine*, 2(3), 322–331. <https://doi.org/10.1515/almed-2020-0067>

Iáñez Domínguez, A., Luque Ribelles, V., Palacios Gálvez, M. S., & Morales Marente, E. (2021). Percepción de profesionales de la salud sobre la intervención grupal socioeducativa con mujeres que presentan síntomas somáticos sin causa orgánica. *Atención Primaria*, 53(7), 102060. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102060>

Iglesias, E., Ladrón de Guevara, P., & Ripoll, M. A. (2021). El proyecto “Choosing Wisely” y su implantación en España. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47(3), 186–190. <https://doi.org/10.1016/j.medre.2021.02.001>

López, M., Chacón, D., & Chacón, E. (2023). Regulación internacional de laboratorios clínicos: una revisión. *RECIAMUC*, 7(2), 642–658. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(2\).abril.2023.642-658](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.642-658)

Minué Lorenzo, S., Astier Peña, M. P., & Coll Benejam, T. (2021). El error diagnóstico y sobrediagnóstico en Atención Primaria. Propuestas para la mejora de la práctica clínica en medicina de familia. *Atención Primaria*, 53(Supl 1), 102227. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102227>

Pitta Villasboa, G. M., et al. (2022). Prevalencia de anticuerpos antinucleares en médicos residentes aparentemente sanos del Hospital de Clínicas, San Lorenzo. *Revista Virtual de la*

Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, 9(1), 71–80. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2022.09.01.71>

Pola García, M., Domínguez García, M., Gasch Gallén, Á., Lou Alcaine, M. L., Enríquez Martín, N., & Benedé Azagra, C. B. (2022). Implementación de un protocolo de recomendación formal de activos para la salud en los equipos de atención primaria aragoneses. *Atención Primaria*, 54(12), 102496. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102496>

QhaliKay. (2023). Estrategias del laboratorio clínico para el diagnóstico precoz y atención oportuna. *QhaliKay Revista de Ciencias de la Salud*, 7(3), 24–36. <https://doi.org/10.33936/qkrcs.v7i3.6476>

Rejas Bueno, M., Bacaicoa López de Sabando, A., & Sánchez Robles, G. A. (2022). Expectativas de los profesionales sanitarios sobre el beneficio obtenido por intervenciones habituales en atención primaria. *Atención Primaria*, 54(2), 102235. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102235>

Rodríguez, E., Rodríguez González, C., & Antico, A. (2021). Determinación de anticuerpos anti dsDNA en el laboratorio clínico. *Advances in Laboratory Medicine*, 2(2), 303–316. <https://doi.org/10.1515/almed-2020-0067>

Rojas Armadillo, M. de L., de la Yncera Hernández, N. de la C., Martínez Ramírez, B., Rivero López, C. A., Peña Torres, E. F., & Torres Soto, N. Y. (2022). Prevención cuaternaria. Intervenciones médicas innecesarias en atención primaria: un estudio cualitativo con médicos familiares. *Atención Primaria Práctica*, 4(2), 100137. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2022.100137>

Urdaneta-Bracho, N. M., Rodríguez-Peralta, C. A., Callejas de Valero, N., Cañarte Alcívar, L. A., & Roca Guerra, I. (2022). Patrón de tinción de anticuerpos antinucleares en pacientes de un hospital público de la provincia de Manabí, Ecuador. *Revista de Salud Pública*, 24(5). <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n5.100875>

Vázquez Canales, L. de M., & Frutos Fernández, M. (2023). La prevención cuaternaria en el uso de benzodiazepinas y cómo deprescribirlas. *Atención Primaria Práctica*, 5(4), 100183. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2023.100183>

Agradecimiento: N/A

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés