Repensando la promoción de la salud universitaria: una relectura desde la participación y la no participación estudiantil

Rethinking university health promotion: A reappraisal through student participation and non-participation

✉ **Sebastián Guzmán-Cano**
Universitat Autònoma de Barcelona
https://orcid.org/0000-0001-6145-1014
Sebastian.Guzman@autonoma.cat

Teresa Gutiérrez-Rosado
Universitat Autònoma de Barcelona
https://orcid.org/0000-0002-0876-6954
Teresa.Gutierrez@uab.cat

Mariona Portell
Universitat Autònoma de Barcelona
https://orcid.org/0000-0002-5939-6842
Mariona.Portell@uab.cat

Recibido: 25 - 08 - 2026
Aceptado: 01 - 10 - 2026
Publicado: 19 - 11 - 2026

Cómo citar este artículo:

Guzmán-Cano, S., Gutiérrez-Rosado, T., & Portell, M. (2027). Repensando la promoción de la salud universitaria: una relectura desde la participación y la no participación estudiantil. *Revista Panamericana de Pedagogía*, 43, e3955. https://doi.org/10.21555/rpp.3955

Resumen

La participación estudiantil ocupa un lugar importante en la promoción de la salud universitaria porque permite incorporar las necesidades y perspectivas del estudiantado y favorecer su capacidad de incidencia. Sin embargo, participar no supone siempre el mismo grado de influencia. La no participación plantea un problema distinto: en la literatura

Este trabajo está bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

suele registrarse mediante indicadores como el reclutamiento, la adherencia, el abandono o las pérdidas de seguimiento, que no siempre muestran cuándo ni cómo se produce la desvinculación. El objetivo de este artículo es proponer una lectura integrada de dos planos que suelen estudiarse por separado: la participación comunitaria en el desarrollo de intervenciones y el *engagement* individual del estudiantado en ellas. El análisis partió de intervenciones dirigidas a estudiantes de educación superior identificadas mediante una búsqueda estructurada y se complementó con literatura conceptual y metodológica sobre participación, *engagement* y desvinculación. A partir de este recorrido, se propone una taxonomía cronológica con cuatro trayectorias: no acceso o no reclutamiento, no inicio, abandono tras el inicio y participación de baja intensidad o uso decreciente. Esta distinción permite analizar la no participación más allá del abandono y considerar las condiciones asociadas a cada trayectoria y su posible relación con la profundidad de la participación comunitaria.

Palabras clave: Enseñanza superior; No participación; Participación comunitaria; Participación estudiantil; Promoción de la salud.

Abstract

Student participation plays an important role in university health promotion because it can help incorporate students' needs and perspectives and strengthen their capacity to influence decisions. However, participation does not always involve the same degree of influence. Non-participation raises a different issue: the literature often records it through indicators such as recruitment, adherence, dropout, or loss to follow-up, which do not always show when or how disengagement occurs. The objective of this article is to propose an integrated perspective on two dimensions that are often studied separately: community participation in the development of interventions and students' individual engagement with them. The analysis drew on interventions targeting higher education students identified through a structured search and was complemented by conceptual and methodological literature on participation, engagement, and disengagement. This process led to a chronological taxonomy comprising four trajectories: non-access or non-recruitment, non-initiation, dropout after initiation, and low-intensity participation or declining use. Distinguishing these trajectories makes it possible to examine non-participation beyond dropout and to consider the conditions associated with each trajectory and their potential relationship with the depth of community participation.

Keywords: Community participation; Health promotion; Higher education; Non-participation; Student participation.

INTRODUCCIÓN

Las instituciones de educación superior son entornos relevantes para la promoción de la salud y el bienestar porque pueden incorporar la salud en su cultura, estructuras y procesos; extendiendo su influencia más allá de la comunidad universitaria (Reis et al., 2018). Promover la salud en estos entornos también requiere atender a la diversidad del estudiantado y a las condiciones en las que transcurre su experiencia universitaria. Entre ellas se encuentran factores académicos, psicológicos, conductuales y sociales (Lisnyj et al., 2021), además de barreras que pueden afectar la salud y el acceso de determinados grupos a los recursos institucionales (Wilson, 2024). Por eso, no basta con desarrollar intervenciones pertinentes para poblaciones diversas; también importa qué papel ocupa el estudiantado en su desarrollo y cómo se vincula con ellas.

La promoción de la salud parte de la posibilidad de que las personas aumenten el control sobre su propia salud y puedan mejorarla (Organización Mundial de la Salud, 1986). Esta perspectiva no se limita al fortalecimiento de capacidades individuales, sino que incluye también actuar sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos y reconoce la capacidad de las personas para intervenir sobre ellos de forma individual y colectiva (World Health Organization, 2021). Desde esta mirada, la participación comunitaria cobra especial importancia, pues la población deja de ocupar únicamente el lugar de beneficiaria y puede intervenir en la planificación, el diseño, la implementación, la evaluación y la toma de decisiones de las intervenciones (Cassetti et al., 2018a).

En el contexto universitario, la participación estudiantil puede analizarse desde dimensiones conceptualmente diferentes. Por una parte, la participación comunitaria se refiere al grado en que el estudiantado toma parte en el desarrollo de las intervenciones y puede incidir en las decisiones que las configuran, expresando distintos grados de profundidad y control (Cassetti et al., 2018a; Lewis et al., 2019). Por otra, en el plano individual, el *engagement* permite analizar cómo y en qué grado se vinculan las personas con una intervención a lo largo del tiempo, incorporando procesos relacionados con el reclutamiento, el inicio, la asistencia, la adherencia, la permanencia y el abandono (Nobles et al., 2018). Diferenciar ambas dimensiones permite distinguir la participación del estudiantado en la toma de decisiones de su vinculación individual con una intervención, y plantear la posible relación entre ellas. En esta dimensión individual, la no participación puede manifestarse en distintos momentos de la vinculación con una intervención y no limitarse al abandono (Nobles et al., 2018). El estudio del *attrition* ha mostrado, además, la necesidad de diferenciar modalidades de discontinuación (Eysenbach, 2005).

La importancia de diferenciar ambas dimensiones también se evidencia en algunos estudios. En iniciativas de Universidades Promotoras de la Salud, las estrategias de información fueron más frecuentes que las formas de participación relacionadas con el diseño, la planificación y la toma de decisiones (Suárez-Reyes y Van den Broucke, 2023). Una revisión sobre evaluación participativa en promoción de la salud encontró además diferencias según los actores y las fases, y señaló que las decisiones recaían principalmente en los equipos de los programas (Nitsch et al., 2013). En el plano individual, una revisión sistemática de intervenciones dirigidas a adultos jóvenes, realizadas en su mayoría en

contextos universitarios, mostró limitaciones en la información sobre el reclutamiento y la retención de los participantes (Whatnall et al., 2021). En conjunto, estos antecedentes muestran la importancia de analizar no solo el grado de incidencia del estudiantado, sino también los distintos momentos de su vinculación con las intervenciones.

Por consiguiente, el objetivo de este artículo es proponer una lectura integrada de la participación y la no participación estudiantil en la promoción de la salud universitaria, diferenciando dos planos: la profundidad de la participación comunitaria y la vinculación individual del estudiantado con las intervenciones. Esta distinción es importante porque ambos procesos suelen abordarse por separado y porque categorías como el abandono, la falta de adherencia o las pérdidas de seguimiento no siempre permiten identificar cuándo ni cómo se produce la desvinculación. Con este enfoque, se examina cómo la literatura conceptualiza y registra la no participación, se propone una taxonomía cronológica de sus manifestaciones y se plantea su posible relación con la profundidad de la participación comunitaria como base para estudios empíricos posteriores.

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE REVISIÓN Y ANÁLISIS

El punto de partida del análisis fue un *corpus* de estudios sobre intervenciones de promoción de la salud dirigidas a estudiantes de educación superior, identificado previamente mediante una búsqueda estructurada en MEDLINE/PubMed, Web of Science, Scopus, PsycINFO, ERIC y CINAHL. Durante la extracción y la síntesis narrativa se revisó la información relacionada con la participación estudiantil y con la forma en que las personas se vinculaban con las intervenciones, incluyendo aspectos como el acceso o reclutamiento, el inicio, la continuidad, el uso y el abandono. Este proceso permitió identificar patrones recurrentes de no participación que aparecían en distintos momentos de la vinculación.

A partir de estos patrones se realizó una búsqueda complementaria, dirigida e iterativa, de literatura conceptual y metodológica sobre participación comunitaria, *engagement*, alcance, intención y conducta, *attrition* y uso de las intervenciones. La selección de estos referentes respondió a su utilidad para diferenciar dos aspectos del problema: el margen que tiene el estudiantado para intervenir en las decisiones que se toman en el marco de las intervenciones y la forma en que cada persona accede, inicia, utiliza, mantiene o interrumpe su vinculación con ellas. Estos referentes se contrastaron con los patrones identificados en los estudios para precisar las diferencias y relaciones entre ambos planos.

Mediante este proceso se organizaron las formas de no participación según el momento en que se producían, dando lugar a cuatro trayectorias: no acceso o no reclutamiento, no inicio, abandono tras el inicio y participación de baja intensidad o uso decreciente. La propuesta integra distinciones procedentes de diferentes conceptos y enfoques, pero no pretende sustituirlos ni constituir una clasificación validada. Su finalidad es ofrecer una forma de ordenar situaciones que suelen aparecer fragmentadas en la literatura y facilitar su análisis posterior en intervenciones universitarias de promoción de la salud.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CONTEXTO UNIVERSITARIO

Principios de la promoción de la salud y diferenciación respecto de la prevención de la enfermedad

Para repensar las intervenciones en el contexto universitario, conviene diferenciar conceptualmente la promoción de la salud de la prevención de la enfermedad. La Carta de Ottawa situó en el centro de la promoción de la salud la posibilidad de que las personas aumenten el control sobre su propia salud y concibió la salud como un "recurso para la vida cotidiana" (Organización Mundial de la Salud, 1986). La prevención, por su parte, comprende acciones orientadas a actuar sobre las condiciones que preceden a los factores de riesgo (prevención primordial), reducirlos y evitar la aparición de enfermedades (prevención primaria), favorecer su detección precoz (prevención secundaria), limitar sus consecuencias (prevención terciaria) y evitar intervenciones médicas innecesarias y los daños derivados de la sobremedicalización (prevención cuaternaria) (AbdulRaheem, 2023; World Health Organization, 2021).

Esta distinción no implica una oposición absoluta entre prevención y promoción. Las acciones preventivas pueden dirigirse tanto a comportamientos individuales como a condiciones ambientales, económicas y sociales (World Health Organization, 2021), por lo que el nivel de intervención no basta para diferenciar ambos enfoques. Además, aunque presentan diferencias conceptuales, sus estrategias pueden solaparse en la práctica (Czeresnia, 1999). Por tanto, para distinguir ambos enfoques no basta con observar las acciones que se desarrollan; también es necesario considerar su finalidad y la concepción de salud que las orienta.

Distintas perspectivas han ampliado la manera de entender la promoción de la salud. La orientación salutogénica centra la atención en los recursos y procesos que favorecen la salud y el bienestar, más que en la enfermedad y los factores de riesgo (Antonovsky, 1996; World Health Organization, 2021). En América Latina, la salud colectiva y la epidemiología crítica relacionan los procesos de salud con la reproducción y la determinación social (Breilh, 2013; Samaja, 2004). A estas perspectivas se añaden propuestas críticas y emancipadoras que ubican en primer plano la autonomía y las relaciones de poder (Chapela-Mendoza, 2007; Sira-Soteldo y Gásperi, 2017). En el ámbito universitario, estas aportaciones permiten reconocer al estudiantado no solo como destinatario de las intervenciones, sino como actor que puede contribuir a la construcción de su bienestar y de los entornos en los que transcurre su vida universitaria.

Llevar esta concepción integral a las intervenciones universitarias plantea, sin embargo, algunas tensiones. Se han descrito dificultades para incorporar políticas institucionales y estrategias de evaluación coherentes con este enfoque (Comellas-Sáenz et al., 2025). Además, algunas intervenciones siguen centradas en modificar comportamientos individuales y prestan menor atención a las condiciones sociales e institucionales que configuran la experiencia universitaria. Desde perspectivas críticas, esta orientación ha sido cuestionada porque puede atribuir a las personas una responsabilidad excesiva por su

salud y dejar en segundo plano la complejidad de los procesos que la determinan (Castiel y Álvarez-Dardet, 2021; Rojas-Rajs y Jarillo-Soto, 2013).

Las universidades como entornos promotores de la salud

El enfoque de entornos saludables (*settings approach*) se desarrolló en el marco de la estrategia "Salud para Todos" y adquirió mayor definición con la Carta de Ottawa de 1986, que situó la creación de entornos favorables entre las áreas de acción de la promoción de la salud. Durante la década de 1990, esta perspectiva se extendió progresivamente a distintos escenarios, entre ellos las instituciones de educación superior, dando lugar al desarrollo del enfoque de Universidades Promotoras de la Salud (Tsouros et al., 1998). Desde esta perspectiva, la universidad se entiende como un sistema social complejo, en el que las políticas institucionales, la cultura organizacional y los entornos físicos y sociales pueden influir en la salud de la comunidad universitaria. Por eso, el foco no se limita a modificar comportamientos individuales, sino que incluye también la transformación de las condiciones del propio entorno (Lange y Vio, 2006). En Iberoamérica, el movimiento de Universidades Promotoras de la Salud comenzó a articularse regionalmente a partir de 2003 y se consolidó mediante encuentros y redes de colaboración (Arroyo-Acevedo et al., 2015).

Esta evolución fue consolidando una concepción de la universidad como un entorno activo en la promoción de la salud. En 2005, la Carta de Edmonton propuso que la promoción de la salud atravesara la cultura institucional, sus procesos y sus políticas mediante formas participativas, colaborativas e inclusivas que involucraran a la comunidad universitaria en su transformación (Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior, 2005). En 2007 se constituyó la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS), orientada a fortalecer la incorporación transversal de la salud en las políticas institucionales y en funciones universitarias como la formación, la investigación y la extensión (Arroyo-Acevedo et al., 2015). Además, esta perspectiva incorpora una comprensión amplia de los determinantes sociales (Rincón-Méndez y Mantilla-Uribe, 2020). En 2015, la Carta de Okanagan reforzó este planteamiento al proponer que la salud formara parte de la cultura, el funcionamiento y el mandato académico de las instituciones, junto con el liderazgo de acciones y colaboraciones en los ámbitos local y global (Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior, 2015/2023). Así, la universidad deja de ser únicamente el lugar donde se desarrollan intervenciones dirigidas a individuos y pasa a constituirse también en objeto de intervención a través de sus decisiones institucionales, estructuras y formas de participación.

Participación estudiantil en la promoción de la salud universitaria

Reconocer al estudiantado como parte activa de la comunidad universitaria implica considerar su participación más allá de su papel como destinatario de las intervenciones. La participación comunitaria permite incorporar experiencias, necesidades y perspectivas en los procesos que afectan a las personas y favorecer su capacidad para intervenir en ellos (Cassetti et al., 2018a). Desde perspectivas latinoamericanas, la participación también se ha relacionado con la gobernanza y con la posibilidad de que las comunidades incorporen

sus necesidades en los espacios de decisión (Arenas-Monreal et al., 2012). En el ámbito universitario, esto implica abrir oportunidades para que el estudiantado participe en la identificación de necesidades, la definición de prioridades y la construcción de respuestas ajustadas al contexto. Sin embargo, en un estudio internacional de 54 universidades, las estrategias de información (50 universidades) y consulta (40) fueron más frecuentes que la participación del estudiantado en el diseño, la planificación y la toma de decisiones (32) (Suárez-Reyes y Van den Broucke, 2023). Esto refleja que la participación puede darse con distintos grados de profundidad y capacidad de influencia.

Contar con mecanismos de participación no garantiza, por tanto, la misma capacidad de incidencia ni las condiciones necesarias para avanzar hacia mayores grados de implicación y autonomía, considerando las características y posibilidades de cada contexto (Cassetti et al., 2018a). Estas condiciones incluyen las posibilidades reales de involucrarse y la confianza en que las aportaciones se traduzcan en acciones. En experiencias universitarias se han identificado dificultades para involucrar al estudiantado, baja confianza en la implementación de sus propuestas y la necesidad de estructuras institucionales consolidadas y compromiso de la dirección para sostener estos procesos (Meier et al., 2007). Así, la participación no puede analizarse únicamente por la existencia de oportunidades formales, sino también por los momentos en que se produce y la capacidad de influencia que permite. Entenderla como un proceso heterogéneo y multidimensional conduce, por tanto, a profundizar en las distintas formas y niveles que puede adoptar.

DINÁMICAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD: EVOLUCIÓN Y ENFOQUES ACTUALES

Desarrollo y definición del concepto de participación

La participación comunitaria ha sido entendida de distintas maneras y con finalidades diversas en las políticas y prácticas de salud. La Declaración de Alma-Ata constituyó un antecedente importante al reconocer que las personas tienen el derecho y el deber de intervenir, individual y colectivamente, en la planificación y puesta en práctica de su atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 1978). Posteriormente, la Carta de Ottawa reforzó esta orientación al incluir el fortalecimiento de la acción comunitaria entre las prioridades de la promoción de la salud y relacionarlo con la capacidad de las comunidades para definir prioridades, tomar decisiones y desarrollar acciones para mejorar su salud (Organización Mundial de la Salud, 1986). Estas concepciones conviven con formas diversas de entender la participación. En algunas, cumple principalmente una función instrumental en el desarrollo de programas; en otras, adquiere mayor importancia la capacidad de las comunidades para intervenir en la definición de sus necesidades y prioridades y en las decisiones que les afectan (Aguilar-Idáñez, 2001; Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía, 2018).

Esta diversidad permite entender la participación como un proceso social y contextual, configurado por los actores, sus intereses y las relaciones que establecen. Participar no se limita, por tanto, a estar presente o ser destinatario de una iniciativa, sino que puede implicar distintos grados de intervención en asuntos y decisiones de interés colectivo

(Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía, 2018; Velásquez y González, 2003). En el ámbito de la salud, esta mirada lleva a preguntarse no solo si existen mecanismos de participación, sino también qué posibilidades ofrecen para que las perspectivas de la población sean incorporadas y tengan influencia en la planificación, la puesta en marcha y la evaluación de las intervenciones (Cassetti et al., 2018a).

Para el análisis que sigue resulta útil separar dos planos, aunque sin considerarlos independientes. En el plano colectivo e institucional, la participación estudiantil se entiende como la incorporación del estudiantado a los procesos y decisiones que dan forma a las intervenciones, con distintos grados de influencia (Cassetti et al., 2018a; Lewis et al., 2019). Estar presente, asistir, utilizar una intervención o mantener la adherencia no permite, por sí solo, hablar de participación comunitaria. En cambio, en el plano individual, el interés se desplaza hacia la relación de cada persona con una intervención: su acceso, inicio, uso, continuidad o abandono. Estos aspectos se abordarán posteriormente desde el concepto de *engagement*. Esta distinción también está presente en el marco RE-AIM, que diferencia el *Reach*, referido a los individuos, de la *Adoption* por parte de organizaciones, entornos y agentes de implementación (Glasgow et al., 1999).

Esta diferenciación requiere cierta cautela terminológica, porque *engagement*, *involvement* y participación no tienen un uso uniforme y sus significados pueden solaparse en la literatura (Islam y Small, 2020). El *community engagement* hace referencia, en términos generales, a la participación de las comunidades tanto en las decisiones como en diferentes etapas de las iniciativas que las afectan (O'Mara-Eves et al., 2013). La OMS lo describe además como un proceso de construcción de relaciones que permite a distintos actores trabajar conjuntamente para abordar cuestiones relacionadas con la salud y el bienestar, con distintos niveles, profundidades y amplitudes de implicación (World Health Organization, 2020). Desde una perspectiva relacional, también se ha destacado la importancia de los vínculos sostenidos, la colaboración y la coproducción entre comunidades, organizaciones e instituciones (Redvers et al., 2024). Por su parte, *involvement* pone el énfasis en desarrollar actividades "con" o "por" las personas, y no únicamente "para" o "sobre" ellas, así como en su participación activa dentro de relaciones colaborativas (Ocloo et al., 2021; Ocloo y Matthews, 2016). En este artículo, estos conceptos se diferencian del *engagement* individual, que se refiere a la forma en que una persona se vincula con una intervención a lo largo del tiempo, desde el acceso y el inicio hasta el uso, la continuidad o el abandono (Borghouts et al., 2021; Nobles et al., 2018).

Del "hacer parte" al "tomar parte": amplitud y profundidad

Para comprender las dinámicas de la participación, resulta útil distinguir dos dimensiones estrechamente relacionadas: "hacer parte" y "tomar parte" (Aguilar-Idáñez, 2001; Ruiz-Peralta et al., 2019). El "hacer parte" remite a la pertenencia e inclusión dentro de un proceso participativo y puede vincularse con la amplitud de la participación (*breadth of participation*), entendida como su alcance en la comunidad y la diversidad de personas y grupos que incorpora. Esta dimensión requiere considerar las barreras sociales, culturales, económicas o contextuales que pueden limitar la inclusión de determinados colectivos (Lewis et al., 2019; Ruiz-Peralta et al., 2019). Por tanto, la amplitud no se reduce al número

de personas que acceden o asisten a una intervención, sino que permite examinar qué sectores de la comunidad están efectivamente incorporados al proceso participativo.

El "tomar parte" hace referencia al componente activo de la participación y puede relacionarse con su profundidad (*depth of participation*), entendida como el grado en que las personas y comunidades pueden intervenir en las decisiones y acciones que les afectan y avanzar hacia mayores niveles de control colectivo (Lewis et al., 2019; Ruiz-Peralta et al., 2019). Esta dimensión permite diferenciar formas de participación con distinta capacidad de incidencia, desde recibir información o expresar opiniones hasta mayores grados de coproducción, decisión compartida o control comunitario (Lewis et al., 2019). Así, inclusión y control representan dimensiones distintas de la participación: ampliar la diversidad de quienes participan no supone, por sí mismo, una mayor capacidad para influir en las decisiones.

En el contexto universitario, considerar conjuntamente la amplitud y la profundidad de la participación permite analizar qué sectores y perspectivas del estudiantado están representados, así como los momentos y las decisiones en los que pueden intervenir. Esta participación puede darse en diferentes fases de una intervención, desde la identificación de necesidades y la definición de prioridades hasta su puesta en marcha y evaluación (Cassetti et al., 2018a). Por tanto, no se trata simplemente de determinar si existe o no participación, sino de analizar un proceso multidimensional según su amplitud, los momentos en que se produce y la capacidad de influencia o control que permite. Esta perspectiva permite diferenciar distintos niveles de participación según su profundidad.

Niveles, capacidad de incidencia y relaciones de poder

La diversidad de formas de participación ha dado lugar a modelos que describen distintos grados de profundidad. Uno de los referentes históricos más influyentes es la escalera de participación ciudadana de Arnstein (1969), que organiza ocho niveles según el poder que la ciudadanía puede ejercer en las decisiones. Estos se agrupan en *nonparticipation* (manipulación y terapia), *tokenism* (información, consulta y apaciguamiento) y *citizen power* (asociación, poder delegado y control ciudadano). El *tokenism* resulta especialmente relevante porque incluye formas de participación en las que las personas pueden ser informadas, escuchadas o consultadas sin que ello garantice una influencia real en las decisiones. Aquí conviene distinguir la *nonparticipation* de Arnstein de la no participación individual en una intervención. En su modelo, el término se refiere a la distribución del poder dentro de los procesos participativos.

Otros modelos describen una progresión desde formas en las que se informa o consulta a la población hasta otras con mayor colaboración, capacidad de decisión o control. Sin embargo, sus categorías responden a propósitos distintos y no son directamente equivalentes (Clinical and Translational Science Awards Consortium, Community Engagement Key Function Committee, Task Force on the Principles of Community Engagement, 2011; IAP2 International Federation, 2018; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2006). En promoción de la salud, la guía AdaptA GPS, adaptación al contexto español de la guía NICE NG44 sobre participación comunitaria, distingue cinco niveles basados en la propuesta de Popay: información, consulta, decisión-acción

conjunta, liderazgo múltiple y compartido, y control comunitario (Cassetti et al., 2018a; National Institute for Health and Care Excellence, 2016). Estos niveles representan un aumento progresivo de la capacidad para influir en las decisiones y acciones. En la evidencia que sustenta sus recomendaciones, la guía sitúa la decisión-acción conjunta como el nivel mínimo de participación comunitaria (Cassetti et al., 2018a). Este marco permite analizar la participación estudiantil atendiendo no solo a la existencia de espacios participativos, sino también al margen de influencia que ofrecen.

Una mayor capacidad de decisión y control también se relaciona con el empoderamiento. En promoción de la salud, este concepto se refiere al proceso mediante el cual las personas aumentan el control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud (World Health Organization, 2021). Desde una perspectiva crítica latinoamericana, la noción de "apoderamiento" introduce un matiz distinto: cuestiona la idea de que el poder sea otorgado desde posiciones externas y sitúa al sujeto como protagonista de las relaciones de poder, enfatizando la apropiación de su capacidad de decisión y autonomía (Sira-Soteldo y Gásperi, 2017).

La capacidad de incidencia tampoco depende únicamente del nivel de participación; importa el contexto en el que esta se desarrolla. Las desigualdades y las relaciones de poder pueden influir en quién participa, cómo lo hace y qué margen de influencia alcanza. También llevan a preguntarse qué grupos y voces de la comunidad están realmente representados (Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía, 2018; Lewis et al., 2019).

LA NO PARTICIPACIÓN COMO DIMENSIÓN ANALÍTICA EMERGENTE

En el plano individual, la no participación se propone aquí como una categoría analítica amplia para referirse a distintas formas de no incorporación, no inicio, interrupción o vinculación limitada con una intervención. No se entiende como una condición binaria ni como sinónimo de abandono, sino como un fenómeno que puede aparecer en distintos momentos y con diferentes grados de vinculación. En la literatura, estas situaciones suelen quedar registradas mediante categorías como *drop-out*, falta de adherencia o pérdidas de seguimiento, que permiten describir lo ocurrido, pero no siempre ayudan a distinguir cuándo ni cómo se produce la desvinculación.

En la investigación sobre intervenciones en salud, la atención suele concentrarse en quienes acceden, participan y completan los procesos, mientras que las trayectorias de quienes no inician, reducen su participación o abandonan reciben menor atención analítica. Registrar estas situaciones como abandono, falta de adherencia o pérdidas de seguimiento aporta información sobre lo ocurrido, pero no necesariamente sobre las razones y circunstancias de la desvinculación. Eysenbach (2005) planteó esta limitación en las intervenciones de eHealth y propuso desarrollar una "ciencia del desgaste" (*science of attrition*) que permitiera comprender las distintas formas que puede adoptar la discontinuación más allá de su registro como pérdida.

Desde una perspectiva metodológica, estas pérdidas pueden traducirse en datos faltantes y exigir decisiones sobre su tratamiento analítico. Sin embargo, resolver cómo analizarlos estadísticamente no permite, por sí solo, comprender por qué se produjo la desvinculación. Son preguntas distintas y complementarias. Por eso, además de seleccionar métodos analíticos adecuados, conviene documentar los patrones y las razones de los datos faltantes y considerar sus implicaciones al interpretar los resultados (National Research Council, 2010).

Una misma pérdida puede corresponder a formas distintas de vinculación con una intervención (Eysenbach, 2005). Distinguir cuándo y cómo se produce la desvinculación permite ir más allá de su registro como pérdida y analizar las distintas formas que adopta a lo largo del tiempo.

CARACTERIZACIÓN DE LA NO PARTICIPACIÓN ESTUDIANTIL

Tipos generales de no participación: una taxonomía cronológica

Durante la extracción y síntesis narrativa de los estudios analizados se identificaron patrones recurrentes de no participación. Al contrastarlos con antecedentes conceptuales y metodológicos, estos patrones se organizaron en una propuesta de taxonomía cronológica con cuatro trayectorias. La propuesta no entiende la no participación como una condición estrictamente binaria: incluye desde la ausencia de incorporación o el no inicio hasta la interrupción posterior y formas de vinculación limitada o decreciente. Las categorías describen distintas formas de relación con una intervención; no pretenden clasificar a las personas según sus características. Se trata de una propuesta analítica aún no validada, cuya utilidad deberá examinarse en investigaciones posteriores.

- **No acceso o no reclutamiento:** corresponde al momento previo a la incorporación efectiva a la intervención. Incluye a personas potencialmente elegibles que no llegan a participar porque no son alcanzadas, no responden a la convocatoria o deciden no incorporarse. Esta categoría se relaciona con la dimensión *Reach* de RE-AIM, que considera el número, la proporción y la representatividad de quienes participan respecto de la población potencialmente elegible, así como las razones de no participación (Glasgow et al., 2019). Su análisis también requiere atender a la diversidad de la población y a las condiciones sociales y contextuales en las que se desarrolla el proceso participativo (Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía, 2018). Bartlett y Zizzi (2010), por ejemplo, encontraron que un programa universitario de actividad física alcanzó apenas el 1,5 % de su población objetivo. Este ejemplo muestra que la no participación puede producirse antes de que una persona llegue a incorporarse a la intervención.
- **No inicio:** ocurre cuando la persona ha aceptado participar, se ha inscrito, ha sido asignada o ha formalizado su incorporación, pero no comienza las actividades previstas. Esta trayectoria puede relacionarse con la diferencia entre intención y conducta (Fishbein y Ajzen, 1975) y, de forma complementaria, con la distinción entre preparación y acción en los modelos de cambio por etapas (Prochaska y Velicer,

1997). Esta relación no implica asumir que la inscripción sitúe a la persona en un estadio determinado. Fassnacht et al. (2022), por ejemplo, encontraron que el 40,5 % de quienes fueron asignados a la intervención no llegaron a iniciarla. Distinguir entre no acceso y no inicio puede ayudar a diferenciar la ausencia de incorporación de una incorporación formal que finalmente no se traduce en el inicio de la intervención.

- **Abandono tras el inicio:** se refiere a la interrupción de la participación después de que la intervención ha comenzado y antes del punto de finalización previsto. Eysenbach (2005) distingue entre el *dropout attrition*, referido a la pérdida de participantes durante el seguimiento de un estudio, y el *nonusage attrition*, relacionado con la disminución o discontinuación del uso de la intervención. Abandonar el seguimiento y dejar de utilizar una intervención no representan necesariamente el mismo fenómeno. La discontinuación tampoco implica necesariamente un fracaso, ya que algunos usuarios pueden dejar de utilizar una intervención después de haber satisfecho la necesidad que motivó su participación (*e-attainers*) (Eysenbach, 2005). Epton et al. (2014), por ejemplo, reportaron un 23 % de pérdidas durante el seguimiento, lo que ofrece un ejemplo de abandono después de haber iniciado la intervención.
- **Participación de baja intensidad o uso decreciente:** en este caso, la intervención ya se ha iniciado y existe algún grado de vinculación, aunque la interacción puede ser limitada, pasiva o disminuir progresivamente. Esta categoría agrupa fenómenos relacionados, aunque no necesariamente equivalentes. El *nonusage attrition* se refiere a la disminución o interrupción del uso sin que ello implique abandonar formalmente el estudio (Eysenbach, 2005). El *engagement*, en cambio, puede variar en intensidad y continuidad a lo largo del tiempo (Borghouts et al., 2021). Cuando la información disponible lo permite, pueden distinguirse patrones de vinculación predominantemente pasiva (*lurking*) de otros en los que el uso disminuye o se interrumpe, sin asumir que se trate del mismo fenómeno. Alshurafa et al. (2018), por ejemplo, identificaron en una intervención mHealth patrones de interacción que incluían accesos (*glances*) inferiores a siete segundos, lo que ilustra una forma de vinculación de intensidad limitada.

En conjunto, la taxonomía organiza estas formas de no participación según el momento en que aparecen y los cambios que se producen en la vinculación con la intervención. No busca dividir de manera binaria a participantes y no participantes ni ordenar jerárquicamente las cuatro categorías. Tampoco permite, por sí sola, atribuir causas específicas a la desvinculación. Las trayectorias pueden relacionarse con características personales, de las intervenciones y de los contextos en los que se desarrollan (Borghouts et al., 2021; O'Connor et al., 2016). Esta distinción ofrece una base para examinar las condiciones que pueden asociarse con cada trayectoria. Así, las trayectorias individuales de no participación corresponden a un plano distinto del colectivo e institucional de la participación, aunque ambos se encuentran relacionados. La figura 1 sintetiza esta distinción y los principales referentes conceptuales y metodológicos utilizados para caracterizar cada plano.

Figura 1

Principales referentes conceptuales de la participación estudiantil y taxonomía cronológica de la no participación.



Nota. Elaboración propia a partir de las referencias indicadas en la figura.

Factores asociados a las trayectorias de no participación

Al examinar las condiciones asociadas a estas trayectorias, es importante distinguir lo que los estudios observan de las explicaciones que podrían dar cuenta de esos resultados. Que determinadas características sean más frecuentes entre quienes participan no permite, por sí solo, establecer las causas de la no participación. En varios estudios, las mujeres aparecen con mayor frecuencia entre las personas participantes, mientras que la menor participación masculina y la autoselección de las muestras se señalan como aspectos que pueden limitar su representatividad (King et al., 2022; Kozak et al., 2013; Modrego-Alarcón et al., 2021). Esto no permite concluir que las mujeres se incorporen o permanezcan con mayor frecuencia, aunque puede discutirse en relación con diferencias de género en las prácticas de cuidado y en la relación con la salud (Sira-Soteldo y Gásperi, 2017). Algo similar ocurre con la menor representación de determinados grupos raciales o étnicos: no indica por sí misma un mayor abandono, pero sí lleva a preguntarse qué grupos son alcanzados y representados y cómo las desigualdades sociales pueden relacionarse con sus oportunidades de participación (Breilh, 2013; Krieger, 1999).

La importancia de estos factores puede cambiar según el momento de la trayectoria. Fassnacht et al. (2022) observaron que quienes no iniciaron la intervención eran significativamente más jóvenes que quienes participaron en al menos una sesión. Entre las personas que no iniciaron también eran frecuentes otros compromisos temporales y la incompatibilidad con los horarios. Kozak et al. (2013), por su parte, identificaron la falta de interés y de tiempo entre las razones para no incorporarse. Estos hallazgos muestran que, antes de la incorporación o entre la aceptación y el inicio, pueden coincidir características personales y circunstancias prácticas sin que sea posible atribuir la no participación a un único factor.

En el contexto universitario, las exigencias académicas y otras condiciones prácticas pueden dificultar tanto el inicio como la continuidad de la participación. Entre ellas se encuentran la carga de trabajo, los periodos de exámenes, la incompatibilidad horaria y la presencia de otras prioridades (Ang et al., 2022; Bartlett y Zizzi, 2010; Fassnacht et al., 2022; Keahey et al., 2021; Modrego-Alarcón et al., 2021). Algunos estudios también muestran que estas condiciones pueden coincidir con una disminución de la participación y hacer necesarias, en determinados casos, adaptaciones al calendario o a las exigencias académicas (Keahey et al., 2021; Modrego-Alarcón et al., 2021). Los modelos de permanencia estudiantil ofrecen un marco para considerar cómo las condiciones externas y la integración académica y social pueden relacionarse con la continuidad (Bean y Metzner, 1985; Tinto, 1994). Estos modelos se refieren a la permanencia educativa, no específicamente a la participación en intervenciones de salud, pero pueden ayudar a contextualizar estos resultados. En conjunto, la evidencia apunta a que las trayectorias de no participación pueden relacionarse con una combinación de circunstancias personales, características de las intervenciones y condiciones del contexto, más que con un único factor individual.

Una lectura relacional y crítica de la no participación

Desde una perspectiva crítica, estas trayectorias no pueden analizarse únicamente a partir de las características del estudiantado. También es necesario considerar en qué medida las intervenciones reconocen la heterogeneidad, las condiciones de vida y las desigualdades presentes en la comunidad universitaria (Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía, 2018). Esta mirada desplaza la atención desde quienes finalmente participan hacia una pregunta más amplia: a quiénes logra alcanzar la intervención y qué grupos quedan representados (Glasgow et al., 2019; Lewis et al., 2019). Las decisiones personales, la falta de interés o la satisfacción temprana de necesidades pueden formar parte de estas trayectorias, pero resultan insuficientes si se analizan al margen de las condiciones relacionales, sociales e institucionales en las que se produce la participación (Castiel y Álvarez-Dardet, 2021). Desde esta perspectiva, no participación y exclusión no son fenómenos equivalentes, aunque algunas trayectorias pueden relacionarse con procesos de exclusión o contribuir a reproducirlos según las condiciones en las que ocurran (Zamora-Araya et al., 2023). Incorporar estas distintas formas de no participación permite examinar con mayor detalle el alcance y la representatividad de las intervenciones, así como las desigualdades que pueden acompañarlas.

DISCUSIÓN

Participación, capacidad de incidencia y finalidad de la promoción de la salud

En las universidades, prevención y promoción de la salud pueden compartir estrategias, pero no responden necesariamente a la misma finalidad ni parten de la misma concepción de salud (Czeresnia, 1999). Esta diferencia es importante porque bajo la denominación de promoción se agrupan intervenciones muy diversas: algunas se centran en

estilos de vida y desarrollo de habilidades, mientras que otras incorporan participación, empoderamiento o creación de entornos saludables (Evangelista et al., 2020). Desde una perspectiva latinoamericana crítica, también conviene preguntarse por las relaciones de poder: quién define las necesidades y prioridades y qué margen tiene el estudiantado para influir en las decisiones que afectan su salud (Chapela-Mendoza, 2007; Sira-Soteldo y Gásperi, 2017). Esto lleva a mirar no solo qué tipo de intervención se desarrolla, sino también qué capacidad real de incidencia se reconoce al estudiantado en las decisiones que la orientan.

La capacidad de incidencia también lleva a preguntarse para qué se incorpora la participación, ya que puede funcionar como un medio para alcanzar objetivos definidos de antemano o asumirse como un fin cuando se orienta a fortalecer la autonomía, el empoderamiento y la capacidad de decisión de las comunidades (Frahsa et al., 2025). Para valorarla, conviene considerar conjuntamente su amplitud y su profundidad: no solo cuántas personas o qué sectores participan, sino también qué margen tienen para influir en las decisiones. Una intervención puede llegar a un número amplio de estudiantes y dejarles poco margen de influencia; otra puede ofrecer un margen elevado de decisión a un grupo reducido y, al mismo tiempo, representar de manera insuficiente la diversidad de la comunidad universitaria (Arnstein, 1969; Cassetti et al., 2018a; Lewis et al., 2019).

Por eso, para analizar la participación conviene considerar al mismo tiempo cómo se vinculan las personas con la intervención y qué oportunidades institucionales existen para participar. Saber quién accede, inicia, permanece o se desvincula no es suficiente; también importa quién está representado y hasta dónde puede intervenir el estudiantado en las decisiones. Poner ambos planos en relación permite leer las trayectorias de vinculación junto con el margen de incidencia que ofrece la intervención. De este modo, una participación limitada no se interpreta solo a partir de características individuales, sino también considerando las condiciones institucionales y relacionales que pueden facilitarla o restringirla (Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía, 2018; Ruiz-Peralta et al., 2019).

La participación a lo largo del ciclo de la intervención

La capacidad de incidencia del estudiantado también puede variar según el momento de la intervención en el que participa. Cassetti et al. (2018b) observaron que la participación comunitaria no se distribuía de la misma forma a lo largo del proceso: era menos frecuente en el diagnóstico y especialmente limitada en la evaluación. Un patrón parecido se ha descrito posteriormente en intervenciones universitarias, donde el estudiantado participa principalmente en el diseño y la implementación y con menor frecuencia en la evaluación (Morales-Garzón et al., 2023). Esto sugiere que no basta con saber si existe participación; también conviene observar en qué fases ocurre y evaluar tanto el proceso participativo como sus efectos, algo que todavía plantea dificultades (Mira et al., 2018).

En la práctica, esto supone ofrecer oportunidades de participación en distintas fases del ciclo de la intervención: durante el diagnóstico pueden incorporarse las necesidades, los activos y las condiciones contextuales de la comunidad; en la planificación, el estudiantado puede intervenir en las prioridades, los objetivos y las estrategias; en la ejecución pueden generarse formas de coproducción; y en la evaluación, quienes participan pueden

contribuir a valorar el proceso y definir resultados relevantes (Cassetti et al., 2018a; Marín-Alquézar y Martínez-Molina, 2020). La literatura sobre intervenciones participativas también respalda la incorporación de la participación en diferentes fases del proceso (Griebler et al., 2017; Haldane et al., 2019). Aun así, las oportunidades institucionales y la forma en que el estudiantado se vincula con la intervención pueden cambiar de una fase a otra. Una vinculación sostenida puede coexistir con un margen reducido de decisión, y una misma intervención puede ofrecer más oportunidades de participación en unas fases que en otras. Por eso, la trayectoria de vinculación y la profundidad de la participación están relacionadas, pero no son equivalentes, y su relación no tiene por qué ser lineal (Haldane et al., 2019).

Que la participación varíe entre fases no significa que todas las intervenciones deban buscar el mismo nivel en cada una. Los niveles superiores suponen una mayor capacidad de decisión, hasta llegar al control comunitario (Cassetti et al., 2018a), pero el nivel de participación también debe responder a los objetivos de la intervención y a los ámbitos en los que la comunidad pueda tomar decisiones. Además, participar no debería convertirse en una exigencia: debe respetarse el derecho de las comunidades a implicarse tanto o tan poco como puedan o deseen (National Institute for Health and Care Excellence, 2016). Más que buscar siempre el nivel más alto de participación, importa dejar claro qué margen de incidencia tiene el estudiantado en cada fase y crear condiciones para que pueda intervenir de forma significativa en las decisiones que afectan su salud y su entorno. Un mayor margen de incidencia también puede relacionarse con procesos de autonomía y emancipación: la comunidad no aparece solo como destinataria de la intervención, sino como un actor que puede intervenir sobre las condiciones que configuran su bienestar (Sira-Soteldo y Gásperi, 2017).

CONCLUSIONES

Valorar la promoción de la salud en las universidades implica mirar más allá de los resultados de las intervenciones. También importa quién logra incorporarse, cómo se vincula y qué margen tiene para incidir en las decisiones a lo largo del proceso. La presencia del estudiantado, por sí sola, no permite hablar de una participación sustantiva: es necesario considerar a quiénes alcanza, con qué profundidad participan y qué posibilidades tienen de influir en las decisiones que afectan a la comunidad (Lewis et al., 2019). Esta forma de analizar la participación desplaza el foco de los cambios conductuales individuales e incorpora también las condiciones institucionales, sociales y contextuales en las que se desarrolla.

Este trabajo plantea que la no participación no debe entenderse como un resultado único o simplemente binario. La taxonomía propuesta organiza cuatro trayectorias: no acceso o no reclutamiento, no inicio, abandono tras el inicio y participación de baja intensidad o uso decreciente. Estas trayectorias permiten distinguir distintos momentos y formas de no incorporación o desvinculación sin asumir que todas respondan a la misma causa o tengan el mismo significado. La propuesta reúne distinciones ya descritas en la literatura sobre abandono, discontinuación del uso y patrones de *engagement* (Borghouts et al., 2021; Eysen-

bach, 2005; O'Connor et al., 2016), pero las ordena según el momento en que ocurre la no incorporación o la desvinculación. De este modo, la no participación puede analizarse más allá del abandono atendiendo mejor a la diversidad de experiencias del estudiantado.

Estas trayectorias se entienden mejor si se consideran junto con las circunstancias personales, las características de las intervenciones y las condiciones institucionales y contextuales en las que se desarrollan. También conviene relacionar la forma en que cada persona se vincula con la intervención con las oportunidades institucionales que tiene para participar. Esto lleva a preguntarse no solo quién participa y con qué intensidad, sino también quién está representado, qué margen de incidencia tiene y en qué fases del proceso puede ejercerlo (Cassetti et al., 2018b; Lewis et al., 2019). En conjunto, estas dimensiones ayudan a entender que la participación puede cambiar a lo largo del ciclo de la intervención, tanto en la forma que adopta como en su profundidad.

Queda por investigar con mayor detalle cómo se presentan las distintas trayectorias de no participación y con qué características del estudiantado, de las intervenciones y de sus contextos pueden relacionarse. También sería importante examinar los patrones y las posibles razones de la desvinculación (Eysenbach, 2005). Como siguiente paso, será necesario avanzar en la operacionalización de esta propuesta incorporando la participación y la no participación como dimensiones transversales de seguimiento a lo largo del ciclo de las intervenciones, y no únicamente como resultados finales. Esto supondrá traducir la propuesta conceptual en criterios observables e indicadores coherentes con las dimensiones analizadas, precisar qué información debe recogerse y en qué momentos, y definir las fuentes y estrategias más adecuadas para su obtención y registro. Una fase aplicada permitirá valorar la viabilidad de su aplicación en contextos reales y examinar si las categorías pueden identificarse de manera consistente en distintos tipos de intervenciones.

Los estudios cualitativos pueden complementar este seguimiento al explorar las experiencias y circunstancias que acompañan tanto a la participación como a la no participación. Este conocimiento puede ayudar a diseñar intervenciones más participativas, sensibles al contexto y atentas a las desigualdades, en las que el estudiantado no sea únicamente destinatario de las acciones, sino que tenga capacidad para influir en las decisiones y condiciones relacionadas con su salud y bienestar (Sira-Soteldo y Gásperi, 2017). Desde esta mirada, repensar la promoción de la salud universitaria supone entender la universidad no solo como un lugar donde se desarrollan intervenciones, sino también como un espacio de participación, autonomía, emancipación y construcción colectiva.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Sebastián Guzmán-Cano: Conceptualización; Escritura - borrador original; Escritura - revisión y edición; Investigación; Metodología.

Teresa Gutiérrez-Rosado: Conceptualización; Escritura - revisión y edición; Investigación; Supervisión.

Mariona Portell: Conceptualización; Escritura - revisión y edición; Metodología; Supervisión.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado en el marco del Doctorado Interuniversitario Universidad Autónoma de Barcelona - Universidad de Barcelona en Psicología de la Comunicación y Cambio. SGC y MP agradecen el soporte del Departamento de Investigación y Universidades de la Generalitat de Catalunya al Grupo de investigación e innovación en diseños (GRID). Tecnología y aplicación multimedia y digital a los diseños observacionales (Código: 2021 SGR 00718, Universidad Autónoma de Barcelona; https://webs.uab.cat/grid/).

FINANCIACIÓN

Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales o sin ánimo de lucro

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con este artículo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este artículo se basa exclusivamente en literatura científica y fuentes documentales. No participaron seres humanos ni se recopilaron datos personales, por lo que no fue necesaria la aprobación de un comité de ética ni la obtención de consentimiento informado.

OBJETOS DE CIENCIA ABIERTA

Este artículo no generó conjuntos de datos primarios ni otros objetos de ciencia abierta específicos, dado su carácter conceptual y documental.

REFERENCIAS

AbdulRaheem, Y. (2023). Unveiling the significance and challenges of integrating prevention levels in healthcare practice. *Journal of Primary Care & Community Health*, *14*, Artículo 21501319231186500. https://doi.org/10.1177/21501319231186500

Aguilar-Idáñez, M. J. (2001). *La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad?* Ediciones Díaz de Santos.

Alshurafa, N., Jain, J., Alharbi, R., Iakovlev, G., Spring, B., & Pfammatter, A. (2018). Is more always better?: Discovering incentivized mHealth intervention engagement related to health behavior trends. *Proceedings of the ACM on Interactive, Mobile, Wearable and Ubiquitous Technologies*, *2*(4), 1–26. https://doi.org/10.1145/3287031

Ang, W. H. D., Chew, H. S. J., Ong, Y. H. N., Zheng, Z. J., Shorey, S., & Lau, Y. (2022). Becoming more resilient during COVID-19: Insights from a process evaluation of digital resilience training. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(19), Artículo 12899. https://doi.org/10.3390/ijerph191912899

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, *11*(1), 11–18. https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11

Arenas-Monreal, L., Jasso-Victoria, R., Bonilla-Fernández, P., & Villanueva-Borbolla, M. A. (2012). Experiencias de promoción de la salud y gobernanza en el ámbito local de México: Retos y limitaciones. *Global Health Promotion*, *19*(1), 83–89. https://doi.org/10.1177/1757975911429869

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, *35*(4), 216–224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

Arroyo-Acevedo, H., Durán-Landazabal, G., & Gallardo-Pino, C. (2015). Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). *Global Health Promotion*, *22*(4), 64–68. https://doi.org/10.1177/1757975914547548

Bartlett, M. L., & Zizzi, S. J. (2010). Mixed method evaluation of a college student fitness program using the RE-AIM framework. *Californian Journal of Health Promotion*, *8*(1), 46–59. https://doi.org/10.32398/cjhp.v8i1.2030

Bean, J. P., & Metzner, B. S. (1985). A conceptual model of nontraditional undergraduate student attrition. *Review of Educational Research*, *55*(4), 485–540. https://doi.org/10.3102/00346543055004485

Blandón-Lotero, L. C., & Jaramillo-Mejía, M. C. (2018). Participación comunitaria en salud: Una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales. *Revista CS*, (26), 91–117. https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851

Borghouts, J., Eikey, E., Mark, G., De Leon, C., Schueller, S. M., Schneider, M., Stadnick, N., Zheng, K., Mukamel, D., & Sorkin, D. H. (2021). Barriers to and facilitators of user engagement with digital mental health interventions: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(3), Artículo e24387. https://doi.org/10.2196/24387

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *31*(Supl. 1), S13–S27. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637

Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior. (2005). https://www.ujaen.es/gobierno/universidadresponsable/sites/gobierno_universidadresponsable/files/uploads/Universidad%20Responsable/Documentos%20relacionados/Carta_de_Edmonton_Universidades_Promotoras_de_Salud_2005.pdf

Cassetti, V., López-Ruiz, M. V., & Paredes-Carbonell, J. J. (2018a). *Participación comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_-Comunitaria.pdf

Cassetti, V., Paredes-Carbonell, J. J., López-Ruiz, V., García, A. M., & Salamanca-Bautista, P. (2018b). Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: Reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, *32*(Supl. 1), 41–47. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.008

Castiel, L. D., & Álvarez-Dardet, C. (2021). *La salud persecutoria: Los límites de la responsabilidad*. De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús. https://doi.org/10.18294/9789874937940

Chapela-Mendoza, M. del C. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. C. Jarillo-Soto & E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en salud colectiva* (pp. 347–373). Lugar Editorial.

Clinical and Translational Science Awards Consortium, Community Engagement Key Function Committee, Task Force on the Principles of Community Engagement. (2011). *Principles of community engagement* (2.ª ed.). National Institutes of Health. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11699

Comellas-Sáenz, P., Esqué-Boldú, S., & Juvinyà-Canal, D. (2025). Health promoting universities: A scoping review. *Health Promotion Journal of Australia*, *36*(2), Artículo e939. https://doi.org/10.1002/hpja.939

Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior. (2015/2023). *Carta de Okanagan: Una carta internacional para la promoción de la salud en universidades e instituciones de educación superior*. The University of British Columbia. https://doi.org/10.14288/1.0428838

Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia & C. Machado de Freitas (Eds.), *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 47–63).

Epton, T., Norman, P., Dadzie, A.-S., Harris, P. R., Webb, T. L., Sheeran, P., Julious, S. A., Ciravegna, F., Brennan, A., Meier, P. S., Naughton, D., Petroczi, A., Kruger, J., & Shah, I. (2014). A theory-based online health behaviour intervention for new university students (U@Uni): Results from a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, *14*(1), Artículo 563. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-563

Evangelista, R. A., Almeida-Macedo-Loureiro, H. M., Almeida-Silva, L., De-Assis-Bueno, A., & Oliveira-da-Cruz-Mendes, A. M. (2020). Programas de promoção da saúde no ensino superior: Uma revisão de escopo. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (39). https://doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40962

Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of Medical Internet Research*, *7*(1), Artículo e11. https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e11

Fassnacht, D. B., Ali, K., van Agteren, J., Iasiello, M., Mavrangelos, T., Furber, G., & Kyrios, M. (2022). A group-facilitated, internet-based intervention to promote mental health and well-being in a vulnerable population of university students: Randomized controlled trial of the Be Well Plan program. *JMIR Mental Health*, *9*(5), Artículo e37292. https://doi.org/10.2196/37292

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley Pub. Co.

Frahsa, A., Liwanag, H. J., Kobler-Betancourt, C., Ipekci, A. M., Minder, B., & Schow, D. (2025). A scoping review of community participation in public health research and action during the COVID-19 pandemic: Exploring approaches on the continuum between utilitarianism and empowerment. *Social Science & Medicine*, *385*, Artículo 118556. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118556

Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in Public Health*, *7*, Artículo 64. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064

Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, *89*(9), 1322–1327. https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322

Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V., & Forster, R. (2017). Effects of student participation in school health promotion: A systematic review. *Health Promotion International*, *32*(2), 195–206. https://doi.org/10.1093/heapro/dat090

Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLOS ONE*, *14*(5), Artículo e0216112. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112

IAP2 International Federation. (2018). *IAP2 spectrum of public participation*. https://cdn.ymaws.com/www.iap2.org/resource/resmgr/pillars/spectrum_8.5x11_print.pdf

Islam, S., & Small, N. (2020). An annotated and critical glossary of the terminology of inclusion in healthcare and health research. *Research Involvement and Engagement*, *6*(1), Artículo 14. https://doi.org/10.1186/s40900-020-00186-6

Keahey, R., White, N., Duchesne, A., & Pelletier, C. A. (2021). A theory-grounded text message–based intervention to reduce sedentary behaviour in university students. *Health Education Journal*, *80*(6), 672–685. https://doi.org/10.1177/00178969211007163

King, N., Linden, B., Cunningham, S., Rivera, D., Rose, J., Wagner, N., Mulder, J., Adams, M., Baxter, R., & Duffy, A. (2022). The feasibility and effectiveness of a novel online mental health literacy course in supporting university student mental health: A pilot study. *BMC Psychiatry*, *22*(1), Artículo 515. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04139-z

Kozak, A. T., Nguyen, C., Yanos, B. R., & Fought, A. (2013). Persuading students to exercise: What is the best way to frame messages for normal-weight versus overweight/obese university students? *Journal of American College Health*, *61*(5), 264–273. https://doi.org/10.1080/07448481.2013.799477

Krieger, N. (1999). Embodying inequality: A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *International Journal of Health Services*, *29*(2), 295–352. https://doi.org/10.2190/M11W-VWXE-KQM9-G97Q

Lange, I., & Vio, F. (2006). *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile; UC Saludable, Pontificia Universidad Católica de Chile; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, VIDA CHIL

Lewis, S., Bambra, C., Barnes, A., Collins, M., Egan, M., Halliday, E., Orton, L., Ponsford, R., Powell, K., Salway, S., Townsend, A., Whitehead, M., & Popay, J. (2019). Reframing "participation" and "inclusion" in public health policy and practice to address health inequalities: Evidence from a major resident-led neighbourhood improvement initiative. *Health & Social Care in the Community*, *27*(1), 199–206. https://doi.org/10.1111/hsc.12640

Lisnyj, K. T., Pearl, D. L., McWhirter, J. E., & Papadopoulos, A. (2021). Exploration of factors affecting post-secondary students' stress and academic success: Application of the socio-ecological model for health promotion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(7), Artículo 3779. https://doi.org/10.3390/ijerph18073779

Marín-Alquézar, T., & Martínez-Molina, M. C. (2020). *Guía sobre participación en intervención comunitaria*. Departamento de Presidencia, Igualdad, Función Pública e Interior, Gobierno de Navarra. https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/esp_guiaparticipacioncomunitaria.pdf

Meier, S., Stock, C., & Krämer, A. (2007). The contribution of health discussion groups with students to campus health promotion. *Health Promotion International*, *22*(1), 28–36. https://doi.org/10.1093/heapro/dal041

Mira, J. J., Carrillo, I., Navarro, I. M., Guilabert, M., Vitaller, J., Pérez-Jover, V., & Aguado, H. (2018). La participación ciudadana en salud. Revisión de revisiones. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *41*(1), 91–106. https://doi.org/10.23938/ASSN.0172

Modrego-Alarcón, M., López-del-Hoyo, Y., García-Campayo, J., Pérez-Aranda, A., Navarro-Gil, M., Beltrán-Ruiz, M., Morillo, H., Delgado-Suarez, I., Oliván-Arévalo, R., & Montero-Marin, J. (2021). Efficacy of a mindfulness-based programme with and without virtual reality support to reduce stress in university students: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *142*, Artículo 103866. https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103866

Morales-Garzón, S., Parker, L. A., Hernández-Aguado, I., González-Moro-Tolosana, M., Pastor-Valero, M., & Chilet-Rosell, E. (2023). Addressing health disparities through community participation: A scoping review of co-creation in public health. *Healthcare*, *11*(7), Artículo 1034. https://doi.org/10.3390/healthcare11071034

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Community engagement: Improving health and wellbeing and reducing health inequalities* (NICE Guideline No. NG44). https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/community-engagement-improving-health-and-wellbeing-and-reducing-health-inequalities-pdf-1837452829381

National Research Council. (2010). *The prevention and treatment of missing data in clinical trials*. National Academies Press. https://doi.org/10.17226/12955

Nitsch, M., Waldherr, K., Denk, E., Griebler, U., Marent, B., & Forster, R. (2013). Participation by different stakeholders in participatory evaluation of health promotion: A literature review. *Evaluation and Program Planning*, *40*, 42–54. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.04.006

Nobles, J. D., Perez, A., Skelton, J. A., Spence, N. D., & Ball, G. D. (2018). The engagement pathway: A conceptual framework of engagement-related terms in weight management. *Obesity Research & Clinical Practice*, *12*(2), 133–138. https://doi.org/10.1016/j.orcp.2017.12.005

Ocloo, J., Garfield, S., Franklin, B. D., & Dawson, S. (2021). Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: A systematic review of reviews. *Health Research Policy and Systems*, *19*(1), Artículo 8. https://doi.org/10.1186/s12961-020-00644-3

Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From tokenism to empowerment: Progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Quality & Safety*, *25*(8), 626–632. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004839

O'Connor, S., Hanlon, P., O'Donnell, C. A., Garcia, S., Glanville, J., & Mair, F. S. (2016). Understanding factors affecting patient and public engagement and recruitment to digital health interventions: A systematic review of qualitative studies. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *16*(1), Artículo 120. https://doi.org/10.1186/s12911-016-0359-3

O'Mara-Eves, A., Brunton, G., McDaid, D., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., Matosevic, T., Harden, A., & Thomas, J. (2013). Community engagement to reduce inequalities in health: A systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research*, *1*(4), 1–526. https://doi.org/10.3310/phr01040

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/docs/CartaOttawa.pdf

Organización Mundial de la Salud & UNICEF. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2006). *Manual de la OCDE sobre información, consulta y participación en la elaboración de políticas públicas*. https://participa.carm.es/documents/5690123/6505112/ManualInformacionConsultaParticipaci%C3%B3n-OCDE.pdf/0d0aac73-2545-4003-8547-6ff499cd5442

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, *12*(1), 38–48. https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38

Redvers, N., Odugleh-Kolev, A., Paula-Cordero, J., Zerwas, F., Zitoun, N. M., Kamalabadi, Y. M., Stevens, A., Nagasivam, A., Cheh, P., Callon, E., Aparicio-Reyes, K., & Kubota, S. (2024). Relational community engagement within health interventions at varied outcome scales. *PLOS Global Public Health*, *4*(6), Artículo e0003193. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003193

Reis, M., Ramiro, L., Gomez-Baya, D., & Gaspar-de-Matos, M. (2018). The promotion of healthy universities: A systematic review. *CPQ Women and Child Health*, *1*(3), 1–15.

Rincón-Méndez, A. Y., & Mantilla-Uribe, B. P. (2020). Universidades promotoras de la salud: Reflexión para su implementación desde los determinantes sociales de la salud. *Universidad y Salud*, *22*(1), 24–32. https://doi.org/10.22267/rus.202201.171

Rojas-Rajs, S., & Jarillo-Soto, E. (2013). Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: Aportes para la reflexión desde la salud colectiva. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *17*(46), 587–599. https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000300008

Ruiz-Peralta, E., Cubillo-Llanes, J., Llull-Sarralde, M., Calvo-Tocado, A., Calvo-Martínez, M. J., & Domínguez-Bidagor, J. (2019). Participación ciudadana en la adaptación de la Guía NICE sobre participación comunitaria: Aprendizajes y claves de futuro. *Comunidad*, *21*(2). https://comunidad.semfyc.es/article/participacion-ciudadana-en-la-adaptacion-de-la-guia-nice-sobre-participacion-comunitaria-aprendizajes-y-claves-de-futuro

Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial.

Sira-Soteldo, A. J., & Gásperi, R. J. (2017). Bases epistemológicas e históricas de la perspectiva latinoamericana por una promoción de la salud crítica y emancipadora (PSCE). *Salud, Arte y Cuidado*, *10*(2), 5–20. https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/537

Suárez-Reyes, M., & Van den Broucke, S. (2023). Participation of university community members in Health Promoting University (HPU) initiatives. *Frontiers in Public Health*, *11*, Artículo 1217177. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1217177

Tinto, V. (1994). *Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition*. University of Chicago Press. https://doi.org/10.7208/chicago/9780226922461.001.0001

Tsouros, A. D., Dowding, G., Thompson, J., & Dooris, M. (Eds.). (1998). *Health promoting universities: Concept, experience and framework for action*. WHO Regional Office for Europe.

Velásquez, F., & González, E. (2003). *¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?* Fundación Corona.

Whatnall, M. C., Hutchesson, M. J., Sharkey, T., Haslam, R. L., Bezzina, A., Collins, C. E., Tzelepis, F., & Ashton, L. M. (2021). Recruiting and retaining young adults: What can we learn from behavioural interventions targeting nutrition, physical activity and/or obesity? A systematic review of the literature. *Public Health Nutrition*, *24*(17), 5686–5703. https://doi.org/10.1017/S1368980021001129

Wilson, N. (2024). *Advancing health equity on campus: A minority health promotion quality improvement initiative* [DNP Scholarly Project, Belmont University]. https://repository.belmont.edu/dnpscholarlyprojects/94/

World Health Organization. (2020). *Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240010529

World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349

Zamora-Araya, J. A., Aguilar-Fernández, E., & Rodríguez-Pineda, M. (2023). ¿Cuándo el abandono escolar se convierte en exclusión educativa? *Innovaciones Educativas*, *25*(38), 97–115. https://doi.org/10.22458/ie.v25i38.4212