

# Estrategias de apropiación social del conocimiento en salud: revisión sistemática

A Systematic Review of Strategies for the Social Appropriation of Health Knowledge

Estratégias para a apropriação social do conhecimento em saúde: uma revisão sistemática

**Recibido:** 8 de febrero de 2022 • **Aprobado:** 18 de julio de 2022

**Doi:** <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11587>

**Para citar este artículo:** García-Rodríguez LC, Torres-Sanmiguel AF, Guerrero-Gaviria DA, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L. Estrategias de apropiación social del conocimiento en salud: revisión sistemática. Rev Cienc Salud. 2022;20(3):1-20. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11587>

Laura Catherin García-Rodríguez, RN<sup>1</sup>

Andrés Felipe Torres-Sanmiguel, RN<sup>1</sup>

Daniel Arturo Guerrero-Gaviria, RN<sup>1</sup>

Sonia Carreño-Moreno, PhD, MSN, RN<sup>1\*</sup>

Lorena Chaparro-Díaz, PhD, RN<sup>1</sup>

## Resumen

**Introducción:** las enfermedades no transmisibles son un problema de salud pública que afecta los sistemas de salud y carga las economías y la sociedad. Existen estrategias para la prevención de estas enfermedades, como la apropiación social del conocimiento, por medio del empoderamiento de las comunidades y la mejora de sus indicadores en salud. El objetivo del artículo es describir las metodologías empleadas en el diseño de estrategias de apropiación social del conocimiento en salud en la prevención de enfermedades no transmisibles en adultos en el mundo. **Materiales y métodos:** revisión sistemática de artículos de estrategia de apropiación social del conocimiento en salud, buscados en las bases de datos Google Scholar, OVID, Biblioteca Virtual en Salud, Medline, EBSCO y SciELO. Los criterios de inclusión fueron publicaciones en revistas indexadas entre 2016 y 2021, en idioma inglés, portugués y español, con

1 Universidad Nacional de Colombia (sede Bogotá, Colombia).

Laura Catherin García-Rodríguez, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2922-7404>

Andrés Felipe Torres-Sanmiguel, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2843-0515>

Daniel Arturo Guerrero-Gaviria, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2247-0025>

Sonia Carreño-Moreno, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4386-6053>

Lorena Chaparro-Díaz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8241-8694>

\* Autora de correspondencia: [spcarrenom@unal.edu.co](mailto:spcarrenom@unal.edu.co)

temáticas de intervenciones en salud. **Resultados:** se revisaron 39 artículos, 36 con diseño cualitativo, dos mixtos y uno transversal. El enfoque metodológico utilizado para el diseño de las estrategias fue la metodología de investigación participativa basada en la comunidad o *community-based participatory research*. Se establecieron cuatro fases comunes, tituladas diagnóstico comunitario, diseño de la intervención, implementación y evaluación. **Conclusiones:** la metodología indicada ha sido la más utilizada en población de alto riesgo social, económico y de salud. La tendencia investigativa permitió identificar la importancia del diagnóstico comunitario como puerta de entrada en el diseño, implementación y evaluación de las estrategias creadas conjuntamente.

**Palabras clave:** investigación participativa basada en la comunidad; salud; participación social; adulto; revisión sistemática.

## Abstract

**Introduction:** Noncommunicable diseases are a public health issue that burdens health systems, economies, and society. These diseases can be prevented by using several methods, such as the social appropriation of knowledge, empowerment of communities, and improvement of their health indicators. This review seeks to describe the methodologies used in designing strategies for the social appropriation of health knowledge in the prevention of noncommunicable diseases in adults worldwide. **Materials and methods:** A systematic review of articles containing social appropriation of health knowledge strategy was made searching the following databases Google Scholar, OVID, Virtual Health Library, Medline, EBSCO, and SciELO. With the following criteria: publications in journals indexed between 2016 and 2021; written in English, Portuguese, and Spanish; and addressing health intervention topics. **Results:** A total of 39 articles were reviewed, of which 36 were qualitative, 2 mixed, and 1 cross-sectional. The methodological approach used to develop the strategies was community-based participatory research (CBPR). Based on the characteristics shared by the various phases of the studies, four common characteristics were identified: community diagnosis, intervention design, implementation, and evaluation. **Conclusions:** CBPR is the most widely used method for the social appropriation of health knowledge for the adult population, particularly in populations at high social, economic, and health risks. The research trend made it possible to recognize the significance of community diagnosis as a stepping stone to the design, implementation, and evaluation of jointly developed strategies.

**Keywords:** Community-based participatory research; health; social engagement; adult; systematic review.

## Resumo

**Introdução:** as doenças não transmissíveis são um problema de saúde pública que afeta os sistemas de saúde e sobrecarrega as economias e a sociedade. Existem estratégias para a prevenção dessas doenças como a apropriação social do conhecimento, por meio do empoderamento das comunidades e melhoria de seus indicadores de saúde. O objetivo é descrever as metodologias utilizadas no desenho de estratégias de apropriação social do conhecimento em saúde na prevenção de doenças não transmissíveis em adultos em todo o mundo. **Materiais e métodos:** revisão sistemática de artigos sobre a estratégia de apropriação social do conhecimento em saúde. A busca foi realizada nas bases de dados Google acadêmico, OVID, Biblioteca Virtual em Saúde, Medline, EBSCO e SciELO. Os critérios de inclusão foram os seguintes: publicações em periódicos indexados entre 2016 e 2021, idioma inglês, português e espanhol e temas de intervenções em saúde. **Resultados:** foram revisados 39 artigos, 36 com delineamento qualitativo, 2 mistos e 1 transversal. A abordagem metodológica utilizada para desenhar as estratégias foi a metodologia de pesquisa participativa de base comunitária ou *community-based participatory research* (CBPR). Foram estabelecidas quatro fases comuns, intituladas diagnóstico comunitário, desenho de intervenção, implementação e avaliação. **Conclusões:** a metodologia CBPR tem sido a mais utilizada em uma população

de alto riesgo social, económico e de saúde. A tendência investigativa permitiu identificar a importância do diagnóstico comunitário como porta de entrada para o desenho, implementação e avaliação de estratégias criadas em conjunto.

**Palavras-chave:** pesquisa participativa de base comunitária; saúde; participação social; adulto; revisão sistemática.

## Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de enfermedad y mortalidad en el mundo. Estas suponen una mayor carga para las economías, la sociedad y los sistemas de salud (1). Lo anterior se constata con los indicadores en salud como los años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) y los años de vida perdidos (AVP). Las ENT concentran las mayores causas de AVAD, prevalencia y mortalidad en el mundo, lo que supone un problema de salud pública. En los últimos años, las causas de morbilidad y mortalidad en los adultos han tenido un cambio en los AVAD, y esto se traduce en la pérdida de años saludables y la reducción relativa en la calidad de vida (2,3). Los AVAD aumentaron de 562 millones en 1990 a 853 millones en 2017, lo que supone un aumento de 291 millones de AVAD en 27 años y equivale a un aumento del 51.8% para todas las edades (2). Las principales causas mundiales de AVAD son trastornos de dolor de cabeza, tuberculosis, pérdida auditiva relacionada con la edad y diabetes (4). De igual manera, las ENT son la mayor causa de muerte y AVP totales. Estos representan 7.61 millones de muertes anuales, equivalentes a 105 millones de AVP (1). El 85% de estas muertes son prematuras y afectan a personas con edades entre los 30 y los 69 años y ocurren principalmente en países de ingresos bajos y medianos (5). Las principales causas de muerte por ENT son enfermedades cardiovasculares, neoplasias y enfermedades respiratorias crónicas (6).

El desarrollo de una enfermedad depende de múltiples factores genéticos, sociales, culturales o medioambientales (7). La interacción entre los factores antes mencionados determina el desarrollo, el padecimiento y la evolución de la enfermedad en la persona (7,8). Sin embargo, es posible prevenir la enfermedad por medio de la adopción de hábitos de vida saludables que permitan disminuir la interacción entre algunos de los factores de riesgo y que, por consiguiente, prevengan el desarrollo de la enfermedad, así como su impacto o evolución (9,10). Esta adopción de hábitos de vida saludables se puede llevar a cabo por medio de un trabajo colaborativo entre las comunidades, el sistema de salud y otros grupos de interés relacionados. Dicho trabajo estaría enfocado entonces en mejorar el conocimiento y en incrementar el empoderamiento de las comunidades para que manejen y gestionen los factores que evitan el desarrollo de enfermedades y su manejo (11-13). De esta manera, todos los actores involucrados se podrían beneficiar del conocimiento desarrollado desde

las ciencias de la salud y, por consiguiente, cambiar los resultados en salud (14). Para que intervenciones de este tipo sean exitosas es necesaria la adaptación de estas a contextos y comunidades particulares (11-13).

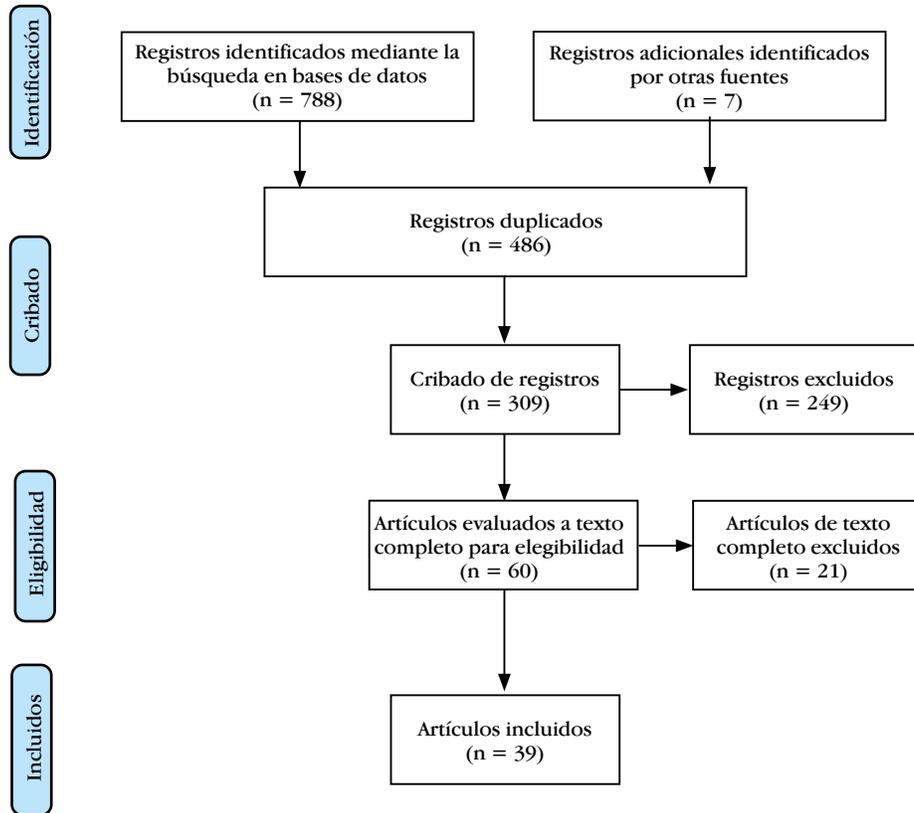
Existen estrategias para el empoderamiento y adaptación de intervenciones en salud por parte de las comunidades, como lo es la *apropiación social del conocimiento* (ASC). Este concepto surge a partir de la necesidad de mejorar la comunicación de la información científica, por medio de la transferencia del conocimiento entre investigadores y usuarios del conocimiento. Para ello, se debe hacer una adaptación cultural de las estrategias, lo que permite suplir las necesidades particulares de estos usuarios y aprovechar el conocimiento científico en pro de la sociedad (15-17). La ASC permite el diálogo entre diferentes sectores interesados en la resolución de un problema, para plantear soluciones articuladas y adaptadas al contexto, usando el conocimiento como herramienta crítica (17,18).

La ASC en salud se convierte en un gran reto para los gobiernos, la comunidad científica y la sociedad en general. Esta requiere diferentes acciones que integren la participación ciudadana, la comunicación, la transferencia de conocimiento y la innovación social para mejorar la salud de los ciudadanos, por medio del abordaje de las inequidades en salud, en aras de mejorar la calidad de vida (17,19). La inversión económica tiene un impacto directo en la sociedad y su salud (20). Un ejemplo de iniciativas para mejorar las estrategias de ASC es el I-lab del Banco Interamericano de Desarrollo o el Centro para la Innovación Social de Stanford Business. Estos son laboratorios de innovación social que promueven y financian proyectos donde la propia ciudadanía define y prioriza sus problemas en salud (21-23). Dado el aumento de inversión e investigación en este tipo de iniciativas, se necesita evidencia que sustente la metodología para la elaboración de nuevas estrategias, ya que estas mejoran la salud y promueven el empoderamiento en la comunidad por medio de la participación activa en las intervenciones realizadas. En ese sentido, el objetivo de esta revisión es describir las metodologías empleadas en el diseño de estrategias de ASC en salud en la prevención de ENT en adultos en el mundo.

## Materiales y métodos

Se llevó a cabo una revisión sistemática de literatura de artículos con estrategias de ASC en salud que abordara temas de atención a la salud de las poblaciones y cuyos participantes fueran adultos en cualquier parte del mundo, siguiendo la metodología PRISMA (figura 1).

Figura 1. Descripción de las fases de búsqueda y selección de artículos



**Criterios de inclusión y exclusión.** Se tuvieron en cuenta artículos publicados en revistas indexadas entre 2016 y 2021, en idiomas inglés, portugués o español y que describieran algún servicio de atención a la salud por medio de la ASC. Ello incluye cualquier acción en todos los ámbitos del gobierno, para atender las demandas personales y exigencias ambientales de las poblaciones y que son atendidas por el sector salud. Se excluyeron publicaciones como tesis de grado o informes.

**Búsqueda de literatura.** Se buscaron artículos de investigación en las bases de datos electrónicas como Biblioteca Virtual en Salud, SciELO, OVID, Medline, EBSCO y el repertorio bibliográfico Google Scholar. La búsqueda se realizó con diferentes descriptores “cocreación”, “coproducción”, “colaboración”, “investigación acción participación”, “salud”, “rehabilitación basada en la comunidad”, “innovación”, “transferencia del conocimiento”, con sus equivalentes en inglés y portugués (tabla 1).

Tabla 1. Estrategias de búsqueda

<b>Ecuación 1</b>	TX (co-creation or cocreation or co-production or co-design or collaboration) AND TX (“integrated knowledge translation” OR “Knowledge translation”) AND TX “Social innovation” AND TX Health
<b>Ecuación 2</b>	“community based participatory research” and health*
<b>Ecuación 3</b>	“pesquisa participativa baseada na comunidade” AND “saúde”
<b>Ecuación 4</b>	“rehabilitación basada en la comunidad” OR “investigación acción participativa” AND “salud”
<b>Ecuación 5</b>	“rehabilitación basada en la comunidad” OR “investigación acción participativa” AND “salud”
<b>Filtros</b>	Texto completo, publicaciones académicas arbitradas, 2016-2021
<b>Idiomas</b>	Español, inglés y portugués
<b>Total</b>	72 artículos identificados

*Proceso de selección.* Se identificaron 795 artículos a partir de las estrategias de búsqueda, de los cuales se eliminaron 486 textos duplicados. De estos 309 registros se excluyeron 249 textos, por no incluir una estrategia de atención a la salud. Se seleccionaron 60 artículos para evaluación por pertinencia en título y resumen, y se leyó el texto completo. Finalmente, se incluyeron 39 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión. Este proceso fue hecho por tres evaluadores de manera independiente, los cuales se reunieron para resolver las controversias frente a la inclusión final de los artículos.

Para la identificación de las estrategias atención a la salud de ASC se buscó el descriptor *Delivery of Health Care* en la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NLM), de donde se obtuvo que se refiere “a todos los aspectos de la provisión y distribución de servicios de salud a una población”. A partir de ese sentido, se incluyeron estrategias centradas en la atención a la salud.

*Síntesis y análisis de datos.* Posterior a la inclusión de los artículos, tres revisores evaluaron la calidad metodológica y los resultados de cada uno de los estudios, a través de listas de chequeo. Además, dos revisores se encargaron de resolver las controversias de este proceso. Se utilizaron las herramientas de lectura crítica del Instituto Joanna Briggs para los artículos de diseño cualitativo y estudios transversales.

Por último, se extrajo la información relevante de cada artículo, que incluye el diseño metodológico, el país del estudio, la población participante, el tema abordado en la estrategia, los resultados, la temática de la estrategia y los resultados del estudio. Estos datos se plasmaron en una tabla en el programa Excel. Los datos extraídos luego fueron discutidos e integrados por los investigadores.

*Consideraciones éticas.* La investigación contó con aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por medio del acta 03 del 26 de abril de 2021.

## Resultados

En total se revisaron 39 estudios primarios, de los cuales en su diseño fueron 36 cualitativos, dos mixtos y uno transversal. En relación con el país, veinte estudios eran de Estados Unidos, seguidos por cinco de Cuba, dos de Colombia y otros dos de la región de Micronesia. Con un estudio cada uno se encontraron artículos de Australia, Canadá, Dinamarca, Kenia, Pakistán, República Dominicana, Suecia, Guatemala, México y Brasil. En cuanto al idioma original, el predominante fue el inglés, con 29 artículos; seguido de español, con nueve, y portugués, con un artículo. Se destaca la implementación en población de riesgo, como los migrantes nacionalizados (n = 8), los inmigrantes (n = 7) y los adultos mayores (n = 5). Respecto a las temáticas abordadas se destacó la promoción de la salud en nueve artículos y la salud oral en cuatro artículos (tabla 2).

**Tabla 2.** Población estudiada y temática de intervención

n = 39	Población estudiada	n = 39	Temática de intervención
8	Población migrante nacionalizada	9	Promoción de la salud
7	Inmigrantes	4	Salud oral
5	Adultos mayores	3	Salud sexual, disminución de la violencia y desarrollo en niños y jóvenes
3	Miembros de un colegio	3	Salud mental
3	Mujeres	3	ITS/VIH
2	Minorías étnicas	3	Hábitos de vida saludable
1	Consumidores de tiendas de conveniencia de dueños de nativos americanos	2	Promoción de la salud en el ambiente del trabajo
1	Empleados con salario mínimo	2	Percepción de los servicios de salud
1	LGTBI+	1	Resiliencia
1	Indios nativos americanos	1	Recursos culturales en salud
1	Pacientes VIH+	1	Prevención del suicidio
1	Trabajadores informales	1	Prevención del dengue
1	Actores sociales	1	Participación social
1	Población con casos reiterativos de dengue	1	Necesidades en salud
1	Familias en condiciones sociales desfavorables	1	Movilidad en pacientes adultos mayores
1	Refugiados	1	Inmunización en poblaciones vulnerables
1	Cuidadores primarios	1	Establecimiento de las barreras y dificultades que encuentran los inmigrantes
		1	Condiciones de vida individual y familiar

El enfoque metodológico que se encontró en todos los estudios para el diseño de las estrategias fue la metodología investigación participativa basada en la comunidad o *community-based participatory research (CBPR)*. Adicionalmente, la revisión de los artículos permitió identificar cuatro fases de las estrategias que agrupaban características similares y se denominaron diagnóstico comunitario/situacional, diseño de la intervención, implementación de la intervención y evaluación; sin embargo, algunos artículos mencionaron una o dos de las fases ya mencionadas. A continuación, se enuncia de manera detallada el diseño de cada una de las fases, las herramientas utilizadas y las técnicas de recolección de datos.

## Fase 1. Diagnóstico comunitario/situacional

Dado que todos los artículos utilizaron la CBPR, se requirió un diagnóstico de la comunidad para determinar las necesidades en salud que se iban a abordar en la intervención. En los hallazgos principales de esta fase se evidenciaron puntos en común en relación con los métodos para recolectar la información. Las técnicas más utilizadas fueron los grupos focales, donde se reunieron a varios participantes de la comunidad para determinar barreras y facilitadores, para establecer necesidades en salud, para retroalimentar sobre los instrumentos que se utilizarían en las fases posteriores de la intervención y para conocer también la percepción de los participantes sobre las temáticas que se iban a abordar (24-27). Estos grupos focales, “en ocasiones”, fueron de manera periódica, contaron con un guion semiestructurado) y, dependiendo de la población, contaron con traductores (28-30). Otra modalidad con bastante uso fueron las entrevistas individuales y grupales, que recolectaron información sociodemográfica, prioridades en salud, viabilidad de la estrategia y validación de instrumentos (26,31-33). Estas fueron realizadas con guion por parte del equipo investigador o líderes comunitarios (33-37).

Las encuestas o instrumentos fueron otra modalidad frecuentemente utilizada para el diagnóstico comunitario. Con estas herramientas se midieron frecuencias de hábitos de salud, conocimientos, actitudes, creencias y datos sociodemográficos (30,34,37-44). Otras modalidades utilizadas en pocos estudios, pero que comparten puntos comunes con las anteriores fueron las reuniones con la comunidad, donde se desarrollaban lluvias de ideas para el mapeo de problemas y recursos, y de nuevo la identificación de necesidades y la manera de abordarlas (29,34,45-47). Finalmente, la búsqueda de literatura fue un insumo importante para poder entender el contexto de las poblaciones y las necesidades estudiadas y abordadas en estudios anteriores (25). Así mismo, la literatura permitió identificar programas basados en evidencia para mejorar la salud y el bienestar y fue un punto de partida para el diseño de las estrategias de intervención (36).

Los equipos investigadores se conformaron con profesionales de salud y miembros de la comunidad que se agruparon en juntas o asociaciones comunitarias. Desde allí asumieron

roles de liderazgo para lograr la inmersión en la comunidad y reclutar a los participantes (26,27,32-34,47,48); de igual manera, se encargaron de ilustrar y contextualizar a los investigadores externos sobre las dinámicas sociales propias de su comunidad y participaron activamente en el diseño, recolección y análisis de la información (26,34,47,49,50). Se destaca la participación de organizaciones sociales como la Iglesia, instituciones de salud, organizaciones sin ánimo de lucro y estamentos gubernamentales involucrados no solo en el financiamiento, sino también en la identificación de líderes y posibles participantes (31-33,37,42).

La relación de los autores de los estudios con la comunidad fue un aspecto importante para lograr la integración de todos los actores; por ello, en algunos de los estudios se incluyó a los miembros de la comunidad como autores de los artículos, pero también como expertos no académicos para reclutar a los participantes y participar en las otras fases de la intervención (51). Adicionalmente, se describió la conexión histórica entre las comunidades y la experiencia cultural del personal, con el fin de poder desarrollar un adecuado mapeo de las necesidades que se iban a intervenir (41). Es importante resaltar que en el diagnóstico de la comunidad no siempre se recolectó la información con las técnicas mencionadas; en algunos estudios los miembros de la comunidad se acercaban a las organizaciones sociales y académicas para buscar una asociación y así lograr resolver el problema que ellos ya habían identificado o, en ciertas ocasiones, aprovechando una colaboración que ya se había establecido en investigaciones previas (31,38,48,50).

## Fase 2. Diseño de la intervención

En esta fase, los investigadores y los miembros de las comunidades intercambiaron ideas para diseñar una intervención significativa orientada según las necesidades identificadas en la fase de diagnóstico situacional. En la mayoría de los estudios, con anterioridad al primer contacto, se había identificado una problemática para intervenir con los participantes (24,25,27-29,31-35,37-60), por esta razón el contacto con líderes comunitarios y organizaciones estuvo directamente enfocado en adaptar lo propuesto por los académicos al contexto de las comunidades. Además, la fase de diseño se enfocó principalmente en profundizar en el problema y en las posibles maneras de intervenir (24,25,27-29,31-35,37-60). Las reuniones se desarrollaron por medio de diferentes modalidades, como talleres) y reuniones grupales (24,29,32,41,44,47,53,54), con el fin de socializar las ideas y llegar a acuerdos sobre el acercamiento a la comunidad, metodología del proyecto y adaptación cultural de sus instrumentos y técnicas de recolección de la información.

Por este motivo, fueron variados los resultados de la interacción con líderes comunitarios, otros grupos de interés u organizaciones representativas de la comunidad. Se generaron guías semiestructuradas, bien sea para grupos focales o entrevistas (53); se tomaron decisiones para priorizar intervenciones en salud, y se recibió orientación relacionada con los instrumentos

que se iban a utilizar, cómo adoptar el lenguaje y las intervenciones más apropiadas para el contexto (24,32,41,42,48). En otro estudio incluso se planeó un trabajo colaborativo en comunidad por medio de cronogramas de trabajo (33). También se generaron programas educativos, estrategias de difusión de información tipo póster, estrategias de difusión de la información por medio de imágenes (Photovoice), estrategias de mercadeo como publicidad, campañas para la promoción de la salud y un programa de actividad física (25,28,38-40,44,45,50,52,60).

### Fase 3. Implementación de la intervención

Para esta fase, algunos artículos reportaron un estudio piloto, donde se motivó la participación con incentivos económicos o alimenticios (24,36,48,59). En múltiples ocasiones, las intervenciones las efectuaron los líderes de la comunidad o facilitadores diferentes a los investigadores, con previa capacitación (35,39,44,46,53). Se utilizaron herramientas visuales como pancartas, pósteres, folletos o presentaciones durante el desarrollo de la intervención (43,45). De igual manera, en un estudio se implementaron prototipos de aplicaciones durante el desarrollo, para que posterior a la finalización de la evaluación, se pudieran realizar modificaciones acordes a los comentarios para su ejecución definitiva (37).

En la implementación se encontraron intervenciones únicas (46), es decir, de una sola sesión; intervenciones múltiples, con varias sesiones y con diferentes metodologías, y múltiples intervenciones multinivel, que además de intervenir a la población en múltiples ocasiones, contaban con diferentes fases dentro de la intervención y que avanzaban en complejidad de la temática de una fase a otra (29,42,45,51,53,56). Algunas de las intervenciones se desarrollaron en varios grupos focales, según los criterios de los investigadores, o en un solo grupo, con todos los participantes (29,46,51). Asimismo, hubo un seguimiento periódico de la población intervenida, tanto durante como después de la intervención (28,37,39,42,45,50,51,59). Además de ello, en dos ocasiones, se intervino en sitios de trabajo, por lo que se publicó información relevante a la temática en las carteleras de la organización (42,45).

Para el desarrollo de las intervenciones se usaron múltiples estrategias, como actividades educativas, sesiones grupales guiadas por investigadores o jornadas de sensibilización (25,28,29,35,37,39,46,55,57,60). En relación con las personas que implementaron las estrategias, en algunos estudios se ayudaron de los líderes de las comunidades o de estudiantes de los grupos de investigación (32,36,56). Para las múltiples intervenciones, se emplearon herramientas como encuestas, para medir el avance progresivo y realizar ajustes según lo considerado (42,50). Por último, se encontró que las profesiones de los investigadores fueron terapeutas ocupacionales, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y médicos, que en algunas ocasiones pertenecían a la comunidad estudiada (25,28,36,39,44,46,55-57).

## Fase 4. Evaluación de la intervención

La última fase de las estrategias de intervención contempló la evaluación. Para este proceso se utilizaron diferentes métodos; sin embargo, el más utilizado fue el análisis cualitativo de los grupos focales y entrevistas semiestructuradas, que evaluó la factibilidad, satisfacción, aceptación, percepciones sobre la implementación y los índices de deseo para apoyar la sostenibilidad de la estrategia en la comunidad (25,28,36,37,43-45,50,53,59). En esta fase se utilizó la evaluación de conocimientos y resultados en salud (índice de masa corporal, hemoglobina glicosilada y tiempo de actividad física) para determinar la eficacia de las estrategias ((33,61). También se utilizaron criterios de proceso, estructura y resultado en una evaluación, lo que permitió la elaboración de indicadores propios como la disponibilidad de medios de enseñanza, asistencia de actores sociales, satisfacción de los actores sociales, claridad en la explicación de las técnicas y empoderamiento de los actores (56).

Dado el enfoque metodológico de los estudios y el objetivo de empoderamiento de las comunidades, se evaluó la continuidad de las estrategias en ausencia del equipo investigador una vez finalizado el estudio. Algunas estrategias documentaron esta continuidad con el desarrollo de iniciativas saludables, conformación de comités de salud y bienestar para el seguimiento de personas enfermas, creación de proyectos con líderes de la comunidad para promoción de entornos saludables y creación de grupos de promotores en salud (24,25,28,35,39,42). Todas estas estrategias fueron posibles, dado que la CBPR permitió el reconocimiento de las habilidades individuales y colectivas de la comunidad para gestionar su salud (46).

## Discusión

La exploración de diferentes artículos para conocer las metodologías utilizadas en el mundo para la ASC indicó que la CBPR es la metodología más utilizada. Su frecuente uso se debe a la utilidad en la investigación de inequidades en salud pública, además del abordaje de las necesidades en salud propias de las poblaciones en riesgo, como lo fueron las poblaciones de minorías étnicas o raciales y los migrantes, encontradas en esta revisión (25,26,28,31,34,36,41,47,48,50,51,55,62). Estas poblaciones históricamente marginadas en los ámbitos social, económico y de salud requieren investigaciones diferenciales para poder garantizar el acceso a la información y servicios de salud; igualmente, por sus características, requieren intervenciones culturalmente relevantes (37). Además, esta metodología permite involucrar, movilizar y empoderar a la comunidad a través de asociaciones investigativas para desarrollar, implementar y sostener intervenciones dirigidas a los desafíos propios de una comunidad (37).

Los diferentes resultados en salud demuestran que la CBPR ha mostrado aceptabilidad favorable de las intervenciones desarrolladas para involucrar a la población, transferir conocimientos y reducir inequidades en salud. Con este objetivo, en las comunidades se logra una interacción comunicativa en la que ocurre un aprendizaje mutuo entre el investigador y la población (16,63). Dado que este proceso valora los saberes, propone e incentiva la participación desarrollando programas de educación e introduce cambios en la comunidad y permite la comunicación entre diferentes actores, la CBPR se convierte en la metodología más acertada en la transferencia de conocimientos entre la comunidad investigativa y la sociedad en general, dado el intercambio de experiencias que mejora el involucramiento de los miembros de la comunidad, líderes sociales, organizaciones cívicas e instituciones académicas en todos los ámbitos de desarrollo de la investigación (63,64).

Dentro de los hallazgos, se encontró que la fase en la que se hace hincapié y detalle corresponde al diagnóstico poblacional/situacional. Es importante tener en cuenta que para un diseño exitoso de una intervención, esta tiene que estar enfocada en una necesidad específica; sin embargo, la percepción de las necesidades en salud varía desde los miembros de las comunidades y las personas externas (65). A raíz de ello, se precisa una comunicación directa con la comunidad que permita entender cuál es la percepción y priorización de sus necesidades, con el fin de poder centrar el trabajo en estas y obtener un mayor impacto con las intervenciones (66). Para poder realizar un diagnóstico comunitario adecuado, es mandatorio contemplar varios dominios (como el social, el económico o el ambiental), los servicios de salud individuales y las actividades de salud pública enfocadas en la comunidad (66,67). Por ello, se requiere alinear los intereses de todas las partes, en aras de mejorar la salud poblacional (65,67,68).

Según la adaptación cultural empleada en la CBPR para el diagnóstico comunitario/situacional, es imperativo tener en cuenta las condiciones sociopolíticas y económicas de la población que se va a intervenir. En este sentido, diversas organizaciones han establecido unos parámetros guía para asesorar y valorar las necesidades en salud de la población (8,68). En estas guías se resaltan el uso de organizaciones con acercamiento comunitario y la ayuda de líderes de la comunidad, quienes tienen la capacidad de acaparar una mayor población y obtener una valoración más acertada (65-67,69).

En relación con las personas que lideraron la estrategia, fueron profesionales especializados y miembros de la comunidad quienes colaboraron para la ejecución de los proyectos (26,27,32-34,47-50). La inclusión de profesionales en grupos de comunidades que están en riesgo de hipertensión arterial, como lo muestra la revisión de Garzón-Orjuela et al., mejora la efectividad en el cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica (70). Con respecto a la participación de la comunidad, involucrar a la población objetivo en la toma de decisiones del proyecto antes de empezar, orienta sobre las necesidades reales de la comunidad y las adaptaciones de los instrumentos que se van a utilizar y sobre el desarrollo de técnicas de

recolección de información adaptadas al contexto (26,27,31,32,34,40,41,50,71). Adicionalmente, cuando los integrantes de la comunidad son quienes recolectan los datos, por su cercanía con los participantes, tienen la ventaja de que la información sea precisa y significativa, que les permita tomar conciencia de su situación y actuar para buscar soluciones (28,71).

De igual manera, una potencial ventaja de desarrollar estrategias en salud en colaboración con la comunidad es la posibilidad de darle continuidad al proyecto de manera sostenible (28,68). Existen alternativas para continuar los proyectos por medio de colaboraciones entre miembros de la comunidad y entes gubernamentales, al igual que cambios en las políticas públicas en salud por medio de la participación ciudadana (28,71); sin embargo, dar continuidad a los proyectos constituyó un gran reto, dado que la mayoría de los artículos analizados tuvieron dificultades para que las intervenciones planteadas fueran continuadas o simplemente llevadas a cabo por limitaciones presupuestales (28,68).

Finalmente, esta revisión evidenció que la evaluación de las estrategias es una de las fases donde se reporta mayor número de limitaciones en los estudios, dado que en esta se utilizaron en su gran mayoría técnicas de evaluación cualitativas y en múltiples ocasiones no hubo un seguimiento posterior a la finalización de la intervención y evaluación. Para futuros estudios, se recomienda utilizar técnicas de evaluación cuantitativas, capaces de evaluar la efectividad de los cambios en salud con la implementación de las diferentes estrategias, dado que las técnicas cualitativas no permiten medir el impacto de manera objetiva (69). De igual manera, se recomiendan seguimientos periódicos para poder evaluar el efecto a largo plazo de la intervención sobre la salud de la población.

Las estrategias de ASC son el resultado de un esfuerzo conjunto entre comunidades, productores de conocimiento (académicos) y cualquier implicado que necesite resolver una problemática específica. Se trata de aprovechar el conocimiento existente y utilizarlo de manera colaborativa, y para resolver dichos problemas es preciso organizarse. En esta revisión se encontró que el logro de resultados en salud implicaba que las comunidades y los académicos se organizaron para implementar estrategias compuestas generalmente por cuatro fases: diagnóstico comunitario/situacional, diseño de la intervención, implementación de la intervención y evaluación de esta.

A partir de esta tendencia investigativa se identificó la importancia del diagnóstico comunitario como puerta de entrada a la población objetivo, además de ser una herramienta fundamental para identificar a líderes que influyen en su comunidad y logran organizarse para cumplir los objetivos acordados entre los implicados. De esta primera interacción dependerá el resto de la estrategia; por este motivo, es prioritario escuchar a los miembros de las comunidades, a fin de identificar cuál es la realidad que ellos viven y sus necesidades de primera mano. Así, son las comunidades las que protagonizan el uso del conocimiento recibido para diseñar, implementar y evaluar la estrategia junto con el equipo académico.

Esta revisión permitió reconocer que la investigación requiere avanzar en prácticas basadas en la evidencia y la participación de las comunidades para crear cambios significativos en salud a corto y largo plazo, siguiendo procesos comunitarios, que son fundamentales en la construcción de procesos de promoción de la salud con acciones que generen ciudadanía, que permitan reconocer los recursos, que fomenten el autocuidado y que faciliten los derechos en salud.

Por último, se recomienda fortalecer la publicación en idioma español y documentar los esfuerzos conjuntos para mejorar la salud de la población latinoamericana que se hacen desde los programas de salud pública, por ejemplo. También se recomienda utilizar estrategias de ASC en estudios cuantitativos, que cuentan con una mayor probabilidad de reproducibilidad y nivel de evidencia, puesto que la mayoría de los artículos revisados se derivaban de estudios cualitativos.

## Fortalezas y limitaciones

Los artículos se buscaron en bases de datos indexadas, por lo cual se dejaron por fuera estrategias de atención a la salud con ASC que se publicaron en tesis de grado. Adicionalmente, la búsqueda inicial contemplaba el abordaje de ENT. Sin embargo, la búsqueda final arrojó pocos resultados de esta temática, motivo por el que se expandió a cualquier temática en salud y se reportó basándose en ello.

## Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración de la enfermera Jeimy Sofía Álzate Hernández, por su valiosa gestión y apoyo durante el desarrollo de esta revisión.

## Contribución de los autores

Todos los autores estuvieron a cargo de la conceptualización, investigación, metodología, validación, visualización, redacción y revisión del documento. Lorena Chaparro-Díaz adquirió los fondos, administró el proyecto, supervisó y lideró su planificación.

## Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

## Financiación

Esta revisión de la literatura fue realizada en el marco del proyecto *Adopción del rol del cuidador familiar de la persona con enfermedad crónica basado en la comunidad*, financiado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia, a través del contrato 847 de 2020, de la “Convocatoria para el fortalecimiento de proyectos en ejecución de crei en ciencias de la salud con talento joven e impacto regional”.

## Referencias

1. Roth GA, Abate D, Hassen Abate K, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392:1736-88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
2. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
3. González Anaya T. Entendiendo el uso y resultados del indicador años de vida ajustados por discapacidad. *Rev Mex Anál Pol Adm Pública*. 2015;4(2):195-210.
4. James SL, Abate D, Hassen Abate K, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392:1789-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
5. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [internet]. 2021 [citado 2021 jun 17]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
6. Organización Mundial de la Salud. The top 10 causes of death [internet]. 2020 [citado 2021 jun 17]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
7. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos DS, Calderón C. El modelo de la oms como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Rev Salud Pública*. 2017;19(3):393-395. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>
8. Public Health England. Population health needs assessment: a guide for 0 to 19 health visiting and school nursing services [internet]. 2021 [citado 2021 jun 10]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/commissioning-of-public-health-services-for-children/population-health-needs-assessment-a-guide-for-0-to-19-health-visiting-and-school-nursing-services>

9. Capri-Ballester A, Zurriaga-Llorens R, González-Navarro P, Marzo-Campos JC, Buunk AP. Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Int J Clin Heal Psychol*. 2007;7(1):59-70.
10. De la Guardia MAG, Ruvalcaba JCL. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *J Negat Posit Results*. 2020;5(1):81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
11. Acosta N, Pollard J, Mosquera P, Reveiz L. The concept of equity when developing clinical practice guidelines. *Rev Salud Pública*;13(2):327-38.
12. Eslava-Schmalbach JH, Welch VA, Tugwell P, Amaya AC, Gaitán H, Mosquera P, et al. Incorporating equity issues into the development of Colombian clinical practice guidelines: suggestions for the GRADE approach. *Rev Salud Pública*. 2016;18(1):72-81. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n1.45002>
13. Welch VA, Akl EA, Guyatt G, Pottie K, Eslava-Schmalbach J, Ansari MT, et al. GRADE equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale. *J Clin Epidemiol*. 2017;90:59-67. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.01.014>
14. Canadian Institutes of Health Research. Guide to knowledge translation planning at CIHR: integrated and end-of-grant approaches. Ottawa; 2012. 1-34 p.
15. Alejandro S, Agudelo M. Apropiación social del conocimiento: una nueva dimensión de los archivos. *Rev Interam Bibliot Medellín*. 2012;35(1):55-62.
16. Correa RP. Apropiación social del conocimiento: una aproximación teórica y perspectivas para Colombia. *Educ Hum*. 2018;20(34):116-39. <https://doi.org/10.17081/educum.20.34.2629>
17. Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e innovación. Estrategia nacional de apropiación social de la ciencia, la tecnología y la innovación [internet]. 2010 [citado 2021 mayo 10]. Disponible en: <https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/paginas/estrategianacional-ascti.pdf>
18. Ortega Hoyos AJ, Marín Verhelst K. La innovación social como herramienta para la transformación social de comunidades rurales. *Rev Virtual Univ Católica Norte*. 2019;(57):87-99.
19. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Instituciones sobre innovación social [internet]. [Citado 2021 jul 11]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/innovacion-social/instituciones-innovacion-social>
20. Sampat B. The economics of health innovation: looking back and looking forward. En: *Global innovation index creating healthy lives-the future of medical innovation*. World Intellectual Property Organization; 2019. p. 81-6.
21. Banco Interamericano de Desarrollo. Innovation lab: ¿quiénes somos? [internet]. [Citado 2021 jul 11]. Disponible en: <https://www.bidinnovacion.org/es/quienes-somos>
22. Graduate School of Stanford Business. Center for Social Innovation [internet]. [Citado 2021 jul 11]. Disponible en: <https://www.gsb.stanford.edu/faculty-research/centers-initiatives/csi>
23. Soumitra Dutta BL, Wunsch-Vincent S, editores. *Global Innovation Index 2019: creating healthy lives-the future of medical innovation*. 12.ª ed. Cornell University, INSEAD, World Intellectual Property Organization; 2019.

24. Cristiani V, Kumbamu A, Asiedu GB, Johnson SK, Gewirtz O'Brien JR, Ziebart G, et al. Use of community based participatory research to design interventions for healthy lifestyle in an alternative learning environment. *J Prim Care Commun Health*. 2021;12:215013272110147. <https://doi.org/10.1177/21501327211014749>
25. Velásquez Gutiérrez VF, López Díaz AL, Puerto AH, Ordóñez NC, Muñoz AI. Por un futuro mejor: programa de promoción de la salud para afrodescendientes. *Rev Cuid*. 2016;7(1):1185-94. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.239>
26. Leh SK, Saoud S. Using community-based participatory research to explore health care perceptions of a select group of Arab Americans. *J Transcult Nurs*. 2020;31(5):444-50. <https://doi.org/10.1177/1043659619875181>
27. Tiwari T, Rai N, Colmenero E, González H, Castro M. Approach to understand urban latino parent's oral health knowledge and beliefs. *Int J Dentistry*. 2017;2017. <https://doi.org/10.1155/2017/9418305>
28. Ramji R, Carlson E, Brogårdh-Roth S, Olofsson AN, Kottorp A, Rämgård M. Understanding behavioural changes through community-based participatory research to promote oral health in socially disadvantaged neighborhoods in Southern Sweden. *BMJ Open*. 2020;10(4):1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035732>
29. Siddiqui S, Qayyum R. developing culturally relevant intervention plan for psychological trauma: an application of community based participatory research approach for mental health. *Pakistan Armed Forces Med J*. 2017;(5):868-74.
30. Arcan C, Culhane-Pera KA, Pergament S, Rosas-Lee M, Xiong MB. Somali, Latino and Hmong parents' perceptions and approaches about raising healthy-weight children: a community-based participatory research study. *Public Health Nutr*. 2018;21(6):1079-93. <https://doi.org/10.1017/S1368980017001719>
31. Oppenheim CE, Axelrod K, Menyongai J, Chukwuezi B, Tam A, Henderson DC, et al. The HEAAL project: applying community-based participatory research (CBPR) methodology in a health and mental health needs assessment with an African immigrant and refugee faith community in Lowell, Massachusetts. *J Public Heal Manag Pract*. 2019;25(1):E1-6. <https://doi.org/10.1097/PHH.000000000000070>
32. Chaumont C, Oliveira C, Chavez E, Valencia J, Villalobos Dintrans P. Out-of-pocket expenditures for HIV in the Dominican Republic: findings from a community-based participatory survey. *Rev Panam Salud Pública*. 2019;43:1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.56>
33. Alfaro MR, Cabrales Lahera CR, Goarnaluses MB, Sánchez Jacas I, Snadó Antomarchi N. Estrategia de participación comunitaria e intersectorial en la prevención del dengue. *Medisan*. 2019;23(5):820-37.
34. Lightfoot E, Blevins J, Lum T, Dube A. Cultural health assets of Somali and Oromo refugees and immigrants in Minnesota: findings from a community-based participatory research project. *J Health Care Poor Underserved*. 2016;27(1):252-60. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0023>
35. Candelaria Brito JC, Gutiérrez Gutiérrez C, Acosta Cruz C, Pérez Ruiz A, Ruiz Pérez FR, Labrador Mazón O. Programa de educación comunitaria sobre salud nefrológica en adultos mayores con factores de riesgo. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2017;33(2).

36. Suárez-Balcazar Y, Early A, Maldonado A, García CP, Arias D, Zeidman A, et al. Community-based participatory research to promote healthy lifestyles among Latino immigrant families with youth with disabilities. *Scand J Occup Ther*. 2018;25(5):396-406. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1502348>
37. Brewer LC, Hayes SN, Caron AR, Derby DA, Breutzman NS, Wicks A, et al. Promoting cardiovascular health and wellness among African-Americans: community participatory approach to design an innovative mobile-health intervention. *PLoS One*. 2019;14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218724>
38. Casanova Moreno MC, Navarro Despaigne DA, Bayarre Veja HD, Sanabria Ramos G, Trasancos Delgado M, Moreno Iglesias M. Diseño de un programa de educación para la salud dirigido a adultos mayores con diabetes mellitus. *Arch Médico Camagüey*. 2016;20(4).
39. Jernigan VBB, Williams M, Wetherill M, Taniguchi T, Jacob T, Cannady T, et al. Using community-based participatory research to develop healthy retail strategies in Native American-owned convenience stores: the THRIVE study. *Prev Med Reports*. 2018;11:148-53. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.06.012>
40. Willis E, Sabnis S, Hamilton C, Xiong F, Coleman K, Dellinger M, et al. Improving immunization rates through community-based participatory research: community health improvement for Milwaukee's children program. *Prog Community Heal Partnerships Res Educ Action*. 2016;10(1):19-30. <https://doi.org/10.1353/cpr.2016.0009>
41. Finlayson TL, Asgari P, Hoffman L, Palomo-Zerfas A, Gonzalez M, Stamm N, et al. Formative research: using a community-based participatory research approach to develop an oral health intervention for migrant Mexican families. *Health Promot Pract*. 2017;18(3):454-65. <https://doi.org/10.1177/1524839916680803>
42. Fetherman DL, McGrane TG, Cebrick-Grossman J. health promotion for small workplaces: a community-based participatory research partnership. *Work Heal Saf*. 2021;69(1):7-14. <https://doi.org/10.1177/2165079920938298>
43. Skolarus LE, Cowdery J, Dome M, Bailey S, Baek J, Byrd JB, et al. Reach out churches: a community-based participatory research pilot trial to assess the feasibility of a mobile health technology intervention to reduce blood pressure among African Americans. *Health Promot Pract*. 2018;19(4):495-505. <https://doi.org/10.1177/1524839917710893>
44. Maynar Bemúdez RE, Barthley Debrok L, Hodelín Carballo H, Santiago Paz D, Michel Brooks G. Capacitación para cuidadores primarios de personas adultas mayores dependientes desde la educación popular. *Rev Inf Cient*. 2016;95(2):213-23.
45. Pupiara A, Coelho F, Lúcia C, Beck C, Marion Da Silva R, De Oliveira Vedotto D, et al. Workload of recyclable material collectors: a proposal for nursing care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39:2018-24.
46. Torres Acevedo PE, Muñoz Sánchez AI. Programa de promoción de la salud en un lugar de trabajo informal en Corabastos, Bogotá: una perspectiva participativa. *Fac Nac Salud Pública*. 2019;37(2):22-35. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a04>
47. Kia-Keating M, Santacrose DE, Liu SR, Adams J. Using community-based participatory research and human-centered design to address violence-related health disparities among Latino/a youth. *Fam Community Health*. 2017;40(2):160-9. <https://doi.org/10.1097/fch.000000000000145>

48. Li M, Yeh YL, Sun H, Chang B, Chen LS. Community-based participatory research: a family health history-based colorectal cancer prevention program among Chinese Americans. *J Cancer Educ.* 2020;35(3):485-92. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-1486-1>
49. Mann-Jackson L, Alonzo J, García M, Trent S, Bell J, Horridge DN, et al. Using community-based participatory research to address STI/HIV disparities and social determinants of health among young GBMSM and transgender women of colour in North Carolina, USA. *Heal Soc Care Community.* 2020;0(1):1-12. <https://doi.org/10.1111/hsc.13268>
50. Langdon SE, Golden SL, Arnold EM, Maynor RF, Bryant A, Freeman VK, et al. Lessons learned from a community-based participatory research mental health promotion program for American Indian youth. *Health Promot Pract.* 2016;17(3):457-63. <https://doi.org/10.1177/1524839916636568>
51. Hulen E, Hardy LJ, Teufel-Shone N, Sanderson PR, Schwartz AL, Begay RC. Community based participatory research (CBPR): A dynamic process of health care, provider perceptions and American Indian patients' resilience. *J Health Care Poor Underserved.* 2019;30(1):221-37. <https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0017>
52. Orrego Dunleavy V, Chudnovskaya E, Simmons Vanecia J. A Community-Based Approach to HIV Prevention in Rural Guatemala. *Health Promot Pract.* 2018;19(5):684-94. <https://doi.org/10.1177/1524839918770205>
53. Kirk J, Bandholm T, Andersen O, Skov Husted R, Tjørnhøj-Thomsen T, Pedersen MM. Challenges in co-designing an intervention to increase mobility in older patients: a qualitative study. *J Health Organ Manag.* 2021;35(9):140-62. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2020-0049>
54. Turcotte PL, Carrier A, Levasseur M. Community-based participatory research remodeling occupational therapy to foster older adults' social participation. *Can J Occup Ther.* 2019;86(4):262-76. <https://doi.org/10.1177/0008417419832338>
55. Tchouankam T, Estabrooks P, Cloyd A, Notice M, Teel-Williams M, Smolsky A, et al. Recruiting low-income African American men in mental health research: a community-based participatory research feasibility study. *Am J Mens Health.* 2021;15(3). <https://doi.org/10.1177/15579883211018418>
56. Díaz Llanes G, Espín Andrade AM. Intervención para el empoderamiento de actores sociales para promover salud sexual en preescolares. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2016;35(2):215-23.
57. Zacarías Salinas X, Uribe Alvarado JI, Gómez Aro R. Talleres reflexivos con mujeres: una estrategia participativa de investigación y diálogo en contextos comunitarios. *Estud Cult Contemp.* 2018;24(47):115-34.
58. Lamson AL, Clark RJ, Bellamy RW, Hodgson JL, Knight SM, Baugh EJ, et al. Latina sexual health care the us: community-based participatory research and her lived experience. *J Fem Fam Ther.* 2020;32(1-2):76-96. <https://doi.org/10.1080/08952833.2020.1755167>
59. Nunn C, Wilding R, McKinnon K, Ku HG, Myint GPS La, Taveesupmai P, et al. Promoting healthy futures in a rural refugee resettlement location: a community-based participatory research intervention. *J Sociol.* 2022. 58(2):178–95 <https://doi.org/10.1177/14407833211003204>

60. Futterman Collier A, Daiss S, Temengil E, Cody Russell S, Miller JC, Renguul F. Developing an obesity intervention in Micronesia: from needs assessment to planning. *Eval Program Plann.* 2018;69:33-42. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2018.04.003>
61. McElfish PA, Rowland B, Riklon S, Aitaoto N, Sinclair KA, Irma S, et al. Development and evaluation of a blood glucose monitoring YouTube video for Marshallese patients using a community-based participatory research approach. *Policy Polit Nurs Pract.* 2019;20(4):205-15. <https://doi.org/10.1177/1527154419872834>
62. Oscós-Sánchez MÁ, Lesser J, Oscós-Flores LD, Pineda D, Araujo Y, Franklin B, et al. the effects of two community-based participatory action research programs on violence outside of and in school among adolescents and young adults in a Latino community. *J Adolesc Heal.* 2021;68(2):370-7. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.10.004>
63. Marín Agudelo SA. Apropiación social del conocimiento: una nueva dimensión de los archivos. *Rev Interam Bibliot Medellín.* 2012;35(1):55-62.
64. Castellano AM, Hinestroza J. La investigación acción participativa (IAP): entre la vivencia y el compromiso. *Inter Perspect.* 2017;7(2):220-32.
65. Stoto MA, Smith CR. Community health needs assessments? Aligning the interests of public health and the health care delivery system to improve population health. *NAM Perspect.* 2015;5(4). <https://doi.org/10.31478/201504h>
66. Rosenbaum S. Principles to consider for the implementation of a community health needs assessment process. Washington: The George Washington University; 2013.
67. Catholic Health Association of the United States. assessing & addressing community health needs [internet]. 2013. Disponible en: [https://www.chausa.org/docs/default-source/general-files/cb\\_assessingaddressing-pdf.pdf?sfvrsn=4](https://www.chausa.org/docs/default-source/general-files/cb_assessingaddressing-pdf.pdf?sfvrsn=4)
68. Center for Diseases Control and Prevention. Community health assessment [internet]. 2014 [citado 2021 jul 10]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/cha/plan.html>
69. ACHI. Community Health Assessment Toolkit | ACHI [internet]. 2014 [citado 2021 jul 10]. Disponible en: <https://www.healthycommunities.org/resources/community-health-assessment-toolkit>
70. Garzón-Orjuela N, Eslava-Schmalbach J, Ospina N. Effectiveness of knowledge translation and knowledge appropriation of clinical practice guidelines for patients and communities, a systematic review. *Biomedica.* 2018;38(2):253-66. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3991>
71. Vaughan C, Gill-Atkinson L, Devine A, Zayas J, Ignacio R, Garcia J, et al. Enabling action: reflections upon inclusive participatory research on health with women with disabilities in the Philippines. *Am J Community Psychol.* 2020;66(3-4):370-80. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12468>