

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**

**Estrategias de transferencia del conocimiento implementadas por el personal profesional, técnico y tradicional en salud para el mejoramiento de la nutrición y la salud mental en la atención materna, perinatal y neonatal:**

**Revisión sistemática de la literatura.**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO  
DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

Bogotá, D.C.

2023

**Estrategias de transferencia del conocimiento implementadas por el personal profesional, técnico y tradicional en Salud para el mejoramiento de la nutrición y la salud mental en la atención materna, perinatal y neonatal:**

**Revisión sistemática de la literatura.**

**Diana Paola Ortiz Cárdenas**

**Laura Mercedes López Díaz**

**Tutor**

Jorge Martín Rodríguez Hernández

M.D., FETP., M.Sc., Ph.D.

**Asesor**

Cidronio Albavera Hernández

M.D., Esp. M.Fam., M.Sc., Ph.D.

## Tabla de Contenido

1. Resumen .....	6
2. Introducción .....	8
3. Antecedentes .....	12
4. Estado del Arte .....	15
5. Marco Conceptual .....	20
6. Objetivos .....	31
6.1 General .....	31
6.2 Específicos .....	31
7. Metodología .....	32
7.1 Tipo de estudio.....	32
7.1.1 Identificación y búsqueda de información .....	32
7.1.2 Cribado .....	36
7.1.3 Elegibilidad .....	38
7.1.4 Inclusión .....	40
8. Resultados .....	41
8.1 Identificación y búsqueda de la información .....	41
8.2 Cribado.....	41
8.3 Elegibilidad.....	42
8.4 Inclusión.....	44
8.4.1 Salud mental.....	45
8.4.2 Nutrición.....	49
9. Discusión.....	61
10. Conclusiones.....	69
11. Referencias bibliográficas .....	71

## **Lista de Tablas**

Tabla 1. Criterios Estructura Pregunta sobre: Población, Intervenciones, Comparación, Resultados, Tiempo y Estudios (PICOTS).....	33
Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda para la revisión .....	35
Tabla 3. Ejemplo de ecuación de búsqueda, según base de datos bibliográficos.....	36
Tabla 4. Resultados Estrategias de Transferencia del Conocimiento en Salud Mental y Nutrición.....	53

### **Siglas empleadas**

Determinantes sociales de la salud (DSS)

Estrategia Transferencia del Conocimiento (ETC)

Lactancia Materna Exclusiva (LME)

Mortalidad Materna (MM)

Nacidos Vivos (NV)

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Objetivos Desarrollo de Milenio (ODM)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)

Población, Intervenciones, Comparación, Resultados, Tiempo y Estudios (PICOTS)

Razón de Mortalidad Materna (RMM)

Revisión Sistemática de la Literatura (RSL)

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

## 1. Resumen

**Introducción.** La transferencia del conocimiento (ETC) hace referencia al proceso entre la articulación del conocimiento y la acción sanitaria, implica transferir buenas ideas, resultados de investigación y habilidades con el fin de articular nuevas formas de conocimiento que permitan el desarrollo de nuevos productos y servicios innovadores.

**Objetivo.** Analizar las estrategias de transferencia del conocimiento disponibles en la literatura internacional implementadas por personal profesional, técnico, y tradicional en salud para el mejoramiento de la nutrición y la salud mental en la atención materna, perinatal y neonatal entre los años 2008 a enero de 2022.

**Metodología.** Estudio tipo revisión sistemática, mediante cuatro etapas: 1. Identificación, en esta etapa se realizó una búsqueda de la literatura usando palabras claves en las diferentes bases de datos, haciendo uso de operadores booleanos; 2. Cribado, en la que se clasificó una muestra de 8.238 artículos de la primera etapa, siendo seleccionados 106 artículos por título - resumen, divididos en las categorías de nutrición (n=59) y salud mental (n=47), según el desenlace de interés (depresión posparto y lactancia materna); 3. Elegibilidad, en esta etapa se utilizó el instrumento de evaluación de riesgo de sesgo para evaluar los 33 artículos elegidos en la etapa anterior, de los cuales (n=13) correspondían a la categoría salud mental y (n=20) de nutrición; y en la etapa de 4. Inclusión, se seleccionaron 10 artículos (de USA, Pakistán, Australia, Bangladesh y Durban), obteniendo cinco para salud mental y cinco para nutrición.

**Resultados.** De las ETC, se identificó que la mitad de los estudios desarrollaron visitas educativas y los restantes, reuniones educativas. Las reuniones educativas, hacen referencia a cursos, talleres, conferencias u otros encuentros educativos domiciliarios, mientras que las visitas educativas se relacionan con espacios de formación personalizada, por parte del personal capacitado para brindar información de interés a los participantes. Estas estrategias fueron lideradas por personal profesional, técnico y tradicional cualificado y dirigidas hacia pares y comunidades, en temas relacionados con eventos de interés para salud mental y nutrición como depresión posparto y lactancia materna. Se encontró que las ETC, generaron un impacto importante, debido a que pueden prevenir y disminuir síntomas depresivos, y

fomentar las buenas prácticas en lactancia materna, teniendo en cuenta que el abordaje en esencia de estas intervenciones se enfocó en el diálogo colectivo, tanto entre el personal de salud con las mujeres y la comunidad, como entre pares, observándose transformación de conocimiento tácito a explícito.

**Conclusiones.** Las ETC son un tipo de intervención en el campo de la salud materna relativamente joven, que ligado a la terapia cognitivo – conductual presentan un impacto favorable en aquellas propuestas asociadas con la prevención de desenlaces en las esferas de salud mental y nutrición, particularmente en los desenlaces de interés de este proyecto como depresión posparto y lactancia materna.

## 2. Introducción

En el ámbito de salud materna, es importante prestar atención a indicadores de alarma como la mortalidad materna (MM), considerando que es un problema de salud poblacional entre las mujeres y en donde se hace visible la influencia de los determinantes sociales de la salud (DSS) siendo de interés para la salud pública (Karolinski et al., 2015). Ahora bien, en el campo de la salud materna también se deben contemplar las complicaciones del embarazo y el parto, como principales causas de muerte, siendo prevenibles y/o evitables con la tecnología existente en el presente (Organización Mundial de Salud, 2019).

La participación de instituciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otras, buscan contribuir a resolver las problemáticas latentes en salud materna y proponen estrategias para reducir la MM, enfatizando en la necesidad de fomentar la realización de programas de prevención y promoción con un entrenamiento específico y adecuado, garantizando que el personal en salud pueda cualificarse, adquiriendo competencias específicas para atender demandas en atención, pues el personal en salud tiene en sus manos la responsabilidad de una óptima ejecución con la población atendida. Para ello, se requiere el trabajo articulado entre los profesionales de salud, con el fin de garantizar la protección de las mujeres, comunidades y sus familias. Adicionalmente, la OPS, ha propuesto intervenciones relacionadas con el mejoramiento de los sistemas de medición respecto a las muertes maternas y neonatales, al igual, que propone mejorar el financiamiento destinado a la asistencia sanitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Entre las estrategias destacadas para la reducción de la MM corresponde a la atención calificada del parto, identificando que las funciones que realizan las parteras tradicionales y su rol en la atención de la salud materna son indispensables principalmente en la asistencia de las mujeres gestantes y sus comunidades en la educación sanitaria relacionada con nutrición durante el embarazo, lactancia, planificación familiar tradicional y apoyo psicológico (Adatara et al., 2018).

Pese a que desde hace décadas existen estrategias e intentos para reducir la MM, se han generado discusiones y declaraciones para garantizar la salud para todos, en busca de mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios de salud. Sin embargo, se han venido presentando barreras que han generado limitaciones en el alcance de la equidad y el acceso de oportunidades dificultando el cumplimiento o el mantenimiento de algunas de las metas y estrategias trazadas para el mejoramiento de los servicios sanitarios liderados por la OMS y la OPS (Castro, 2020). Es por ello, que se requiere examinar estrategias diferenciadas o complementarias de las ya mencionadas.

En este contexto, y desde el enfoque de los DSS, se propone una revisión de literatura donde se identifiquen varios desenlaces asociados a la salud de las gestantes y los recién nacidos (etapas perinatal y neonatal), específicamente desde la esfera de la salud mental tales como, depresión posparto, conducta suicida, ansiedad y estrés postraumático, y para la esfera de nutrición, como serían lactancia materna, lactancia materna exclusiva, duración de la lactancia materna, complicaciones de la lactancia materna y complicaciones del neonato.

Dichos desenlaces hacen parte de las complicaciones más frecuentes halladas en la literatura en la población en mención. Para su manejo es importante que las mujeres accedan a la atención durante la gestación, el parto y puerperio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Lo anterior conlleva a que todos los partos sean atendidos por profesionales o personal sanitario capacitado, para evitar complicaciones y prevenir la muerte de una madre y su recién nacido (Organización Mundial de la Salud, 2019). Sin embargo, en la mayoría de las naciones, la falta de articulación en la prestación de los servicios en salud debilita las acciones coordinadas en la atención en salud materna (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Una propuesta que está siendo contemplada a nivel mundial para la reducción de la MM corresponde a la transferencia del conocimiento cuyo proceso se relaciona entre la articulación del conocimiento y la acción sanitaria. Es una propuesta relativamente joven considerando que este término se confunde y se asocia al intercambio y/o traducción del conocimiento de manera similar (Pablos & Shademani, 2006). Esta propuesta está anidada al proyecto “Intercambio y transferencia de conocimientos formales, tradicionales y

comunitarios para el mejoramiento de la salud materna perinatal con enfoque diferencial e intercultural”, el cual fue cofinanciado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, y quien contó con la participación interinstitucional de varias entidades (Universidad Javeriana, Universidad de los Andes, Universidad de la Guajira, Universidad Tecnológica del Chocó, Universidad Popular del Cesar, Profamilia, Asoredipar Chocó, entre otras). Por tanto, el objetivo de esta revisión consiste en identificar y describir las ETC particularmente desarrolladas por parte del personal en salud desde esferas como la salud mental y nutrición con sus correspondientes desenlaces ya descritos.

Para esta revisión sistemática de la literatura en primer lugar, se examinaron los antecedentes, tomando en consideración algunos legados históricos relacionados la inequidad en salud y su impacto sobre las disparidades de salud. En ésta se tuvo en cuenta el enfoque de los DSS considerando hitos históricos relacionados con los Objetivos Desarrollo de Milenio (ODM) y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como propuestas y alternativas de solución respecto a la reducción de problemáticas como la MM. Esta problemática se analizó en detalle en cuanto a su evolución y retos a nivel internacional y nacional según los indicadores de alarma.

En segundo lugar para el estado del arte, se examinaron la estrategias de intervención propuestas frente a la reducción de la MM por la OPS y OMS que va desde programas de prevención y promoción en salud, donde enfatizan en la importancia de fortalecer y cualificar al personal de salud, considerando parte de este grupo a las parteras tradicionales como agentes claves en la atención y los cuidados desde la esfera de la salud materna, particularmente en el acompañamiento de la salud sexual y reproductiva, lactancia, apoyo psicológico, entre otros. Al respecto, se puso en evidencia las limitaciones en la educación sanitaria particularmente en Colombia y como los determinantes estructurales influyen como las principales problemáticas en salud como la MM. Por lo anterior, reemerge la necesidad de favorecer la cualificación del personal de salud que se pueda articular con otros profesionales para garantizar y mejorar la atención calificada respondiendo a las demandas en salud y reducción en la MM.

En tercer lugar y como referente para el marco conceptual, se retomó el enfoque de los DSS, considerando las injusticias sociales que continúan afectando el abordaje de la salud, también se analizó la trayectoria de las principales declaraciones propuestas para resolver las desigualdades desde 1978 hasta el 2015, a fin de identificar las brechas y retos que no han permitido cumplir o mantener las metas trazadas para el 2030 como parte de la propuesta de los ODS. A nivel local también se analizó los planes decenales en salud 2012-2021 y 2022-2031 para identificar las estrategias propuestas en el campo de la salud, su enfoque y alcance, haciendo visibles los desafíos y la necesidad por proponer nuevas estrategias de intervención recopilando las buenas prácticas para fomentar una nueva articulación entre el conocimiento y la acción sanitaria, y donde se continuará cualificando las competencias del personal en salud para atender las demandas en salud en cualquier escenario.

En contexto, desde la prevención y promoción en salud, específicamente desde la educación sanitaria se ha propuesto la transferencia del conocimiento, por lo tanto, en esta revisión el foco de interés estuvo dirigido al análisis, descripción y síntesis de las ETC halladas en la literatura relacionadas con la salud mental y nutrición, donde se pretendió ubicar aquellas acciones pedagógicas con alto rigor metodológico, es decir, donde se evidenciaran estudios con un diseño adecuado, población objeto y donde se describieran o evaluaran las intervenciones y se aseguraran elementos básicos de muestreo, selección de participantes, validez interna, entre otros.

### 3. Antecedentes

Las problemáticas en salud han surgido desde tiempos inmemorables, donde nuestros ancestros, hace miles de años, tenían una concepción de la determinación social y su impacto en la salud de las personas, quienes asociaban la salud con el medio ambiente, con cuestiones espirituales, con la producción, con la vida, entre otros temas. De hecho, el tema de los DSS es antiguo y el primer médico alemán en introducir de manera formal los DSS fue Rudolf Virchow en el marco de las disciplinas científicas. Más tarde la OMS a partir de los estudios históricos demostró que había un enfoque biologicista de la salud, encabezado por el Instituto Pasteur, así como un enfoque más social de la salud. Al referirse a los DSS no se explica netamente la causalidad o determinación estructural de la salud y la enfermedad, sino también se intentan explicar las causas de las causas de la inequidad en salud y su impacto sobre las disparidades de salud (Urbina et al., 2012).

Desde el enfoque de los DSS se ha propuesto comprender las problemáticas en salud y el proceso de salud – enfermedad como el resultado a hechos sociales y colectivos, donde el entorno y el estilo de vida marcan un sendero crucial en la afectación de la salud de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2008). En este contexto desde el campo de la salud pública se ha buscado garantizar la salud de la población por medio de acciones intersectoriales que mejoren las condiciones de vida, bienestar y desarrollo de las comunidades. Por lo anterior, los gobiernos deben promover la acción y participación responsable de todos los sectores territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022 a).

Una de las problemáticas que más afecta a países en desarrollo como Colombia, corresponde a la MM, siendo un problema de salud pública en el cual se manifiestan los efectos de los DSS sobre la salud de las mujeres por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa y otros (Karolinski et al., 2015).

En 2015, internacionalmente se aprobaron 17 objetivos como parte de la agenda 2030 para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en la cual se establece un plan para alcanzarlos en 15 años. Teniendo en cuenta los ODS, la Razón de Mortalidad Materna

(RMM) es un indicador importante de la salud de la mujer y también para evaluar el desempeño del sistema de salud. En los ODS se estableció la meta de reducir la RMM mundial por debajo de 70 por cada 100.000 Nacidos Vivos (NV) para el 2030. Para cumplir con la meta, deberán alcanzar una tasa anual de reducción cercana a 7,5% entre 2016 y 2030, que es superior al nivel de 5,5% planteada para cumplir el ODM5, y será necesario que la tasa anual de reducción observada entre 1990 y 2015, de 2,3 %, se multiplique por más de tres (Cubillos, 2020).

En América Latina y el Caribe, se estimó un importante descenso, como promedio regional, identificando que la tasa de MM en el 2005 fue de 88 por cada 100.000 NV y en el 2017 se redujo a 74 por cada 100.000 NV. Por lo anterior, se logra evidenciar altibajos en el período, identificando que el problema no se encuentra resuelto. Estos indicadores de MM reflejan que están por encima de lo que plantea la meta 3,1 de los ODS (CEPAL, 2017).

En el caso de Colombia, según la OMS para 2013 el país tenía una de las MM más alta de Sur América (83 muertes/100.000 NV), para 2015 (45 muertes/100.000 NV) lo cual aún es distante de la meta (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Con todo esto, se pone en evidencia que los países en desarrollo han venido enfrentando la aparición de problemas durante el nacimiento y riesgos perinatales desde años, que se han desarrollado en mayor medida en las poblaciones con nivel socioeconómico más bajo y en situaciones en las que se da un inadecuado cuidado prenatal y neonatal (Alarcón, et al., 2020).

Las mujeres que viven en situaciones precarias presentan inseguridad alimentaria y nutricional, repercutiendo en su salud física y mental, debido a las preocupaciones y estrés crónico que todo esto puede generar, presentándose desenlaces obstétricos desfavorables. Las situaciones de riesgo adicionales que atentan con la salud mental materna también están ligadas a los DSS, considerando que el proceso de maternidad implica cambios cognitivos, emocionales y conductuales que inciden en el cuidado del binomio madre e hijo, por lo que desde disciplinas como la psicología, psiquiatría y la nutrición se está prestando atención al cuidado de la madre, debido a que este proceso incide en el desarrollo del bebé (Maldonado-Durán, 2011).

Ante este panorama y con respecto a la MM en países de Latino América, se hace necesario mejorar las intervenciones en salud. Por lo anterior, la pirámide del impacto en salud es un modelo que orienta diferentes tipos de intervenciones de salud pública proporcionando un marco para su mejoramiento. En la base de esta pirámide, se da a conocer las intervenciones con el mayor impacto potencial, donde se encuentran los esfuerzos para abordar los determinantes socioeconómicos de la salud. Las intervenciones que se centran en los niveles inferiores de la pirámide tienden a ser más eficaces porque llegan a segmentos más amplios de la sociedad y requieren menos esfuerzo individual. La implementación de intervenciones en cada uno de los niveles puede lograr el máximo beneficio sostenido posible para la salud pública. Al fortalecer los sistemas sanitarios mediante la actividad intersectorial, la educación y cualificación del talento humano, se genera la capacidad de responder eficientemente a las demandas en salud de acuerdo con los indicadores alarmantes desde un enfoque intercultural y asegurando la gestión adecuada de las estrategias que atiendan las necesidades poblacionales de diferentes naciones (Frieden, 2010).

Otras estrategias propuestas en el contexto sanitario se relacionan con promoción y prevención en salud, lo cual, en el contexto de la salud pública, favorece la reducción y mitigación de la magnitud y severidad de la MM, cuyas estrategias se vienen enfocando en el abordaje de atención dirigido hacia la madre y su recién nacido evitando la vulneración de derechos y promoviendo la atención sanitaria de calidad y sensibilidad humana (Welch et al., 2009).

#### **4. Estado del Arte**

Respecto a la reducción de la MM, la OPS, enfatiza en la importancia de la realización de programas de promoción y prevención con entrenamiento claro para el personal en salud, para garantizar su óptima ejecución (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Entre las iniciativas de apoyo para la reducción de la MM, en la comunidad internacional se han desarrollado estrategias mundiales para alcanzar los ODM, principalmente respecto al ODM4 y ODM5 que enfatizan en la reducción de mortalidad materna e infantil. Particularmente, en América Latina y el Caribe se han propuesto estrategias de reducción ligadas a intervenciones basadas en evidencia para mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud en beneficio de los grupos de población más vulnerables y marginados (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2007).

Entre las acciones sugeridas por la OPS, se plantea la identificación del personal y recurso humano de acuerdo con su formación educativa y competencias, en lo posible que puedan responder a las demandas en salud (Hernández, 2017). Con ello, es indispensable contar con personal que desarrolle competencias profesionales expresadas como un conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes y actitudes para la actuación o desempeño idóneo en escenarios reales de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En América Latina y el Caribe, se han llevado a cabo espacios de entrenamiento certificado para parteras tradicionales como parte del personal en salud, en busca de mejorar sus competencias por medio del entrenamiento en cuidados obstétricos a fin de desarrollar la capacidad de atender cualquier complicación durante el embarazo y el parto (UNFPA, 2022). Al mejorar las competencias de las parteras tradicionales es posible garantizar resultados satisfactorios incluyendo el acompañamiento en planificación familiar, derechos sexuales y reproductivos, maternos y neonatales, educación sanitaria en nutrición, lactancia y apoyo psicológico para las mujeres gestantes y sus comunidades; estas estrategias favorecen la reducción de la MM y permite salvar la vida de las madres y sus hijos, principalmente de quienes habitan en zonas rurales (Adatara et al., 2018).

En cuanto a los servicios de medicina tradicional en Colombia, las parteras tradicionales tienen algunas dificultades en el reconocimiento de su labor ante el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y han solicitado que su formación y prácticas sean reconocidas en cualquier contexto donde se desempeñen. Considerando que la educación en Colombia se divide en educación formal y educación no formal. Estas dificultades del reconocimiento de la formación de la partería tradicional se relacionan con el sector de la educación formal en las Instituciones de Educación Superior (Muñoz, et al., 2012).

En concordancia con lo anterior, Según la Ley 30 de 1992, la educación formal, y puntualmente la educación superior en Colombia a nivel de pregrado y desde el sector de la salud, está compuesta por tres niveles de educación superior en salud, que corresponden al técnico, tecnológico y profesional. Entre los programas académicos ofrecidos para estos niveles, los ofertan instituciones técnicas profesionales, instituciones universitarias o escuelas tecnológicas y universidades en las instituciones de educación superior, y bajo la modalidad de preferencia virtual o presencial. En este sentido, de acuerdo con el programa académico de elección por el aspirante en alguno de estos tres niveles se favorece la adquisición de ciertas competencias para responder eficientemente a nivel teórico o práctico en las áreas sanitarias de elección (Melo-Becerra, et al., 2017).

Con relación al reconocimiento de la actividad tradicional, y según el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y el Artículo 42 de la Ley 115 de 1994, se estipuló que las secretarías de educación departamentales o distritales sólo podrán autorizar el funcionamiento de programas de educación no formal en las áreas auxiliares de la salud. Sin embargo, pese a las posibilidades educativas para las parteras tradicionales, se mantienen latentes algunas dificultades para el reconocimiento de formación de muchas de ellas, y más aún si habitan y trabajan en zonas apartadas que no se consideran parte del sistema. Un ejemplo proximal de estas dificultades corresponde a la ausencia de la definición del concepto de educación tradicional en la literatura y a su vez, en el reconocimiento de dicha práctica, cuya noción no se encuentra claramente definida.

Al respecto, la líder del pueblo indígena Wounaan declara:

“La educación tradicional para nuestra cosmovisión, es enseñar lo propio, lo nuestro, la culturalidad mediante las practicas, danzas, artesanías y las diversas formas de ver a nuestro mundo, a nuestro diario vivir para la educación propia, enseñando algo nuestro y que nosotros podemos implementar esa educación en la actualidad para poder completar la educación con otras, con la interculturalidad, practicando, aprendiendo no solo por teorías sino con el proceso práctico. Eso es nuestra educación tradicional, nosotros la preparamos, articulando lo que pensamos y lo que manipulamos (Teoría y Práctica) de nuestra propia cultura sin dejar a un lado la esencia de nuestra lengua materna y en la etnia sea cual sea, expresamos desde el lenguaje oral lo que representa la educación tradicional” (Cheucarama, 2021).

Para garantizar una educación en partería de alta calidad, es necesario capacitar a las parteras tradicionales, considerando que se ha demostrado que la falta de educación y formación de calidad, ponen en peligro la experiencia de aprendizaje de los estudiantes y limitan las oportunidades de ellos, como también amenazan la identidad profesional, competencia y confianza de las matronas como proveedoras de atención en salud materna. A pesar de la evidencia en cuanto a los beneficios producidos por la inversión en la educación en partería o educación tradicional sigue estando insuficientemente financiada en muchos países, incluyendo Colombia, lo cual imposibilita brindar servicios de alta calidad (UNFPA, 2021).

De acuerdo, con lo expuesto anteriormente se hace necesario el reconocimiento del personal, perfil y competencias de las parteras tradicionales en el contexto educativo y sanitario, considerando que la partería tradicional, como lo afirman organizaciones de base comunitaria, es una práctica segura que genera un impacto positivo en el bienestar físico y emocional de las mujeres y de sus familias (MinCultura, 2014). El reconocimiento de saberes, conocimientos y practicas no formales, tradicionales y comunitarias es fundamental, debido a que se ha venido implementando en diferentes contextos de la atención en salud materna. Siendo un proceso clave para complementar y garantizar el trabajo articulado entre

el personal de salud que lo conforman: Profesionales, Técnicos y Personal Tradicional en Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En concordancia, los trabajadores que laboran a diario en el área de la salud materna pese a los esfuerzos continúan trabajando de forma fragmentada, dadas las barreras del sistema sociopolítico que impiden la articulación entre perfiles y competencias de los colaboradores en salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007). La orientación del ejercicio y las ocupaciones del personal en salud y sus niveles de formación actual en Colombia, en lo que se refiere al perfil y competencias están ligados a un enfoque funcionalista y ocupacional que se realiza en el marco del sistema nacional de formación para el trabajo que lidera el servicio nacional de aprendizaje -SENA- y que opera a través de las mesas sectoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Adicionalmente en Colombia, los determinantes estructurales continúan afectando a la mayor parte de los colombianos, incluyendo a los pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes de la región pacífica, donde existen barreras geográficas, económicas y culturales que afectan no solo la formación sino la accesibilidad a los servicios de salud (Defensoría del Pueblo, 2016). La etnia ha sido reconocida como un determinante social de las inequidades en salud y quienes hacen parte de los grupos étnicos en comparación con la población general, tienen mayor dificultad de acceder a los servicios de salud debido a sus diferencias culturales que se convierten en barreras y motivo de discriminación en los servicios de salud y en la decisión de utilizarlos (Noreña et al., 2015).

Al contemplar este escenario, se logra identificar que las intervenciones sugeridas a nivel internacional y nacional para la reducción de la MM manifiestan que se requiere el enfrentamiento de desafíos ligados a los determinantes sociales, donde se requiere apoyo y financiamiento político para promover políticas y reformas que permitan el reconocimiento de la educación tradicional y por ende de las parteras tradicionales tanto en el sector educativo como en el sector salud. Lo anterior puede favorecer la articulación y el trabajo interdisciplinario e interinstitucional entre el personal de salud para garantizar una atención calificada y responder frente a la reducción de la MM en zonas rurales o en dado caso

urbanas, e inclusive considerar el abordaje de distintas problemáticas en salud materna paralelas.

## 5. Marco Conceptual

Los DSS hacen referencia a aquellas circunstancias y condiciones de vida cotidianas de las personas que son influenciadas por sistemas sociopolíticos y económicos diferenciales para los grupos poblacionales de acuerdo con su posición social y económica. Estas diferencias desencadenan inequidades en el acceso a oportunidades particularmente en la esfera de la salud y como consecuencia se derivan diversas problemáticas en la salud de las personas, las cuales son de interés por la salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2009b). Este enfoque busca explicar desde una perspectiva global de la salud pública las problemáticas en salud más allá de una lógica epidemiológica o biomédica. Es decir, este enfoque permite identificar como la falta de oportunidades y de accesibilidad a servicios de salud, está asociada a determinantes estructurales, donde los recursos se ven limitados y se posicionan como obstáculos acordes a los modos de vida de las personas (Malla et al., 2018).

El enfoque de DSS resulta muy importante en los países de América Latina, teniendo en cuenta los legados históricos relacionados con injusticias sociales como dificultades socioeconómicas e inequidades en salud de las poblaciones. En este sentido, América Latina ha sido un claro exponente de esta situación (Carmona-Meza & Parra-Padilla, 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, y al identificar las brechas e injusticias sociales que fomentan la desigualdad entre las personas para acceder a servicios de salud y evitar la enfermedad, surge la necesidad de discutir el abordaje de la salud desde otra perspectiva. Entre los hitos históricos relevantes para esta investigación, cobra relevancia que en 1978 se llevó a cabo el Congreso Internacional de Atención Primaria en Salud en Alma Ata (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas) con el objetivo de generar cambios en el abordaje de la salud con una mirada social e inclusiva, buscando superar las barreras en salud y que las personas pudiesen gozar de esta como un derecho fundamental (Gómez, 2011).

Derivado de esta propuesta, surgió la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, donde se emite la “Carta de Ottawa” para discutir sobre el objetivo "Salud para Todos en el año 2000". En este documento se hizo énfasis en cinco estrategias para mejorar la salud de las poblaciones

destacando las siguientes: 1. La elaboración de una política pública para la salud, 2. La creación de espacios, ámbitos óptimos para la atención en salud, 3. El reforzamiento de la acción comunitaria, 4. El desarrollo de las aptitudes personales y 5. La reestructuración de los servicios de salud. Esta conferencia en esencia quiso darle una nueva concepción de la salud pública a nivel mundial tomando como punto de partida la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria y los avances alcanzados hasta 1986 (Organización Mundial de la Salud, 1986).

Más tarde en 1988 en Adelaida (Australia) se lleva a cabo, la segunda conferencia sobre políticas públicas para la salud, la cual continuó la misma orientación establecida en Alma Ata y Ottawa. Esta conferencia enfatizó en la necesidad de establecer políticas públicas favorables a la salud y en evaluar las repercusiones de las decisiones políticas en la salud (Organización Mundial de la Salud, 2010).

En 1991 en Sundsvall (Suecia) se desarrolla la tercera conferencia internacional sobre promoción de la salud, en la cual se trabaja por primera vez sobre el tema: *Ambientes favorables para la salud*, contando con la participación de 81 países en aras de hacer que los entornos y ambientes físicos sean más propios y saludables para las personas considerando que al examinar las condiciones de extrema pobreza y la exposición de ambientes nocivos para la salud, desafiaban alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. De ahí nace la necesidad de mayor participación política para las decisiones y propagación de recursos que favorezcan esta estrategia en pro del desarrollo de ambientes favorables para la salud (Organización Mundial de la Salud, 1991).

Pese a que habían pasado cinco años desde la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud en Ottawa y su impulso por proponer nuevas estrategias clave de promoción de la salud, no fue suficiente. Lo que dio lugar a la necesidad de implementar nuevas políticas públicas (Adelaide, 1988) con el fin de mejorar los ambientes para la salud de las personas (Sundsvall, 1991). Ahora bien, teniendo en cuenta que las amenazas para la salud continuaron adoptando diversas formas, esto generó distancia de la meta salud para todos en el año 2000, cuyos retos se discutieron en la cuarta conferencia internacional sobre la promoción de la salud, organizada en Yakarta en 1997, la cual enfatizó que las estrategias

de promoción de la salud propuestas para aquel entonces, podían crear y modificar los modos de vida, las condiciones sociales, económicas y ambientales como determinantes de la salud. Esta conferencia destacó la necesidad de aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las alianzas estratégicas, ampliar la capacidad de las comunidades, empoderar al individuo y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud (López et al., 2017).

Posteriormente, se gestó la quinta conferencia mundial de promoción de la salud “Hacia una mayor equidad” en el año 2000 en la ciudad de México. Esta conferencia recopiló los logros de las cuatro conferencias previas y en su declaración reiteró que la promoción de la salud es una estrategia fundamental en el desarrollo de los países. Los objetivos de la conferencia fueron los siguientes: 1. Ilustrar el impacto de la promoción de la salud en la salud y la calidad de vida en las personas que viven en circunstancias adversas; 2. Lograr que la salud ocupe un lugar prioritario en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales; 3. Estimular las alianzas en beneficio de la salud entre los distintos sectores y en todos los niveles de la sociedad. Cabe señalar, que esta conferencia dio lugar a la discusión sobre las inequidades en salud y su abordaje con las estrategias de promoción de la salud, considerando los recursos y las estructuras necesarias para desarrollar y mantener la capacidad de promoción de la salud en los ámbitos local, nacional e internacional (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Cinco años después de la Conferencia de México, se celebra la sexta conferencia en Bangkok (2005), en cuyo espacio se identificaron retos y acciones, dando lugar a la formulación de compromisos para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, que tuviera impacto en las personas, los grupos y las organizaciones involucradas para el logro de la salud a nivel local y mundial (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Con el propósito de reanimar la discusión sobre los determinantes a nivel mundial, la OMS creó en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Esta comisión buscó analizar las problemáticas relacionadas hasta esa fecha para alcanzar la equidad

sanitaria en el mundo, debido a que la reducción de las inequidades en salud requería soluciones que abordaran sus causas profundas (Carmona-Meza & Parra-Padilla, 2015).

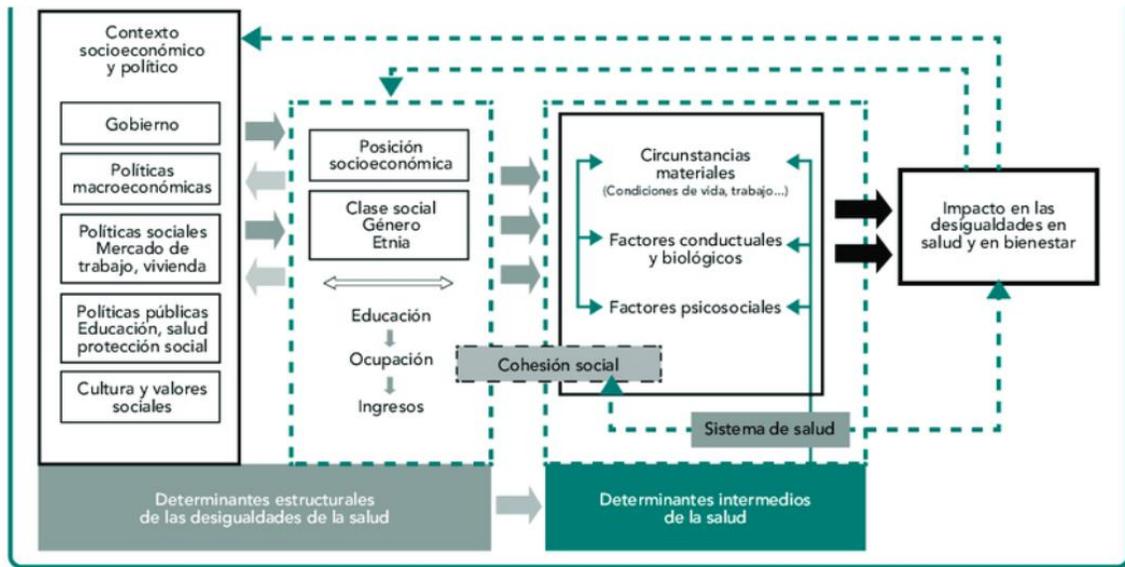


Figura 1. Esquema conceptual de los determinantes sociales de la salud.

Fuente: Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Esta comisión, clasificó los determinantes en dos secciones: 1. Los determinantes estructurales que se relacionan con el contexto socioeconómico y político específicamente con el gobierno; políticas macroeconómicas, políticas sociales de mercado, trabajo y vivienda; políticas públicas (educación, salud y protección social); cultura y valores sociales. De igual forma abarca la posición socioeconómica, clase social, género, etnia, educación, ocupación e ingresos; y 2. Los determinantes intermedios se refieren a las circunstancias materiales (condiciones de vida, las condiciones laborales y la disponibilidad de alimentos), factores y biológicos y factores psicosociales que generan un impacto en la salud y en el bienestar de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2009 a).

La comisión de los DSS y desde su enfoque buscan fortalecer los servicios sanitarios como respuesta a la prevención de la enfermedad y restauración de la salud en las personas. El modelo conceptual de los DSS trabajado por Solar & Irwin intentó explicar los desenlaces en salud a partir de la identificación de determinantes sociales, y sus consecuencias en la vida de las personas (Benach et al., 2010).

Posterior al informe de la Comisión de DSS, se organizó la séptima conferencia global de promoción de la salud en Nairobi (2009), en la cual se refleja la visión de la declaración de Alma Ata y apoya las recomendaciones de la Comisión de los DSS de la OMS. Para esta conferencia, se definen compromisos y estrategias clave para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2009 b).

Entre los compromisos y estrategias de la séptima conferencia se destaca lo siguiente: 1. Involucrar a los tomadores de decisiones políticas en resolver los desafíos nacionales y globales con el modelo de promoción de salud; 2. Renovación de la atención primaria de salud fomentando la participación comunitaria mediante la aplicación de políticas públicas saludables, colocando a las personas en el centro de la atención para fomentar acciones colectivas en la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles (crónicas); 3. Integrar los principios de promoción de la salud en la agenda política y de desarrollo, implementando las recomendaciones de la comisión de DSS de la OMS; 4. Acelerar el logro de las metas de desarrollo nacionales e internacionales fomentando paralelamente acciones relacionadas con: Capacitación en promoción de la salud, fortalecimiento de los sistemas de salud, alianzas y acciones intersectoriales, empoderamiento comunitario, alfabetismo en salud y conductas en salud (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En 2013, tuvo lugar en Helsinki la octava conferencia mundial de promoción de la salud organizada por OMS y el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia. Para esta conferencia, se emitió la declaración sobre “*Salud en todas las Políticas*”, donde se hizo un llamado a los gobiernos para que fortalezcan la capacidad de aplicación de la salud en todas las políticas, así como a la OMS para que proporcionara apoyo y colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas para destacar la salud como prioridad en la agenda global de desarrollo (Abajo, 2001).

Para 2015, se trazó como fecha límite el cumplimiento de los ODM que habían sido aprobados por las Naciones Unidas en el 2000 como un avance y una oportunidad histórica, donde se incluyeron temas prioritarios para acabar con la pobreza extrema y lograr mitigar las inequidades sociales (Naciones Unidas, 2015). Teniendo en cuenta que en muchos países del mundo los ODM no se cumplieron, en 2016, se desarrolla la novena conferencia mundial

de promoción de la salud, organizada por la OMS y la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de la República Popular China en Shanghai, donde sus representantes se comprometieron a adoptar políticas públicas en pro de la salud, enfatizando en el binomio salud y bienestar para ser priorizados. En esta conferencia se lanzaron los ODS para la Agenda 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Hasta este punto y rescatando los aportes de las nueve conferencias que enfatizan en la importancia y el alcance del modelo en promoción de la salud a nivel mundial, se puede apreciar varios avances. Por ejemplo, aquellos relacionados con mejorar la educación a nivel mundial, tratamiento para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y programas de prevención por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) para madres e hijos y disminución parcial de mortalidad infantil. Sin embargo, la brecha en el alcance de las metas se mantiene latente y las acciones continúan siendo insuficientes, por lo cual da lugar al compromiso nacional e internacional para atender a las necesidades en los países en desarrollo, como muestra de cooperación (Naciones Unidas, 2018).

El modelo de promoción de la salud en esencia fomenta la realización de acciones comunitarias concretas para tomar decisiones, planificar estrategias e implementarlas para lograr una mejor salud (Herath et al., 2018). Este modelo de promoción de la salud busca proporcionar a las personas y poblaciones los recursos necesarios para mejorar su salud y ejercer control sobre la misma con acciones propias. El objetivo de la acción comunitaria por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para promocionar la salud (Organización Mundial de la Salud, 1986).

Este modelo, también ha pretendido en América Latina, la creación de políticas públicas que garanticen la equidad y favorezcan la creación de ambientes y opciones saludables, movilizandolos recursos de inversión social con diferentes actores sociales para mejorar la oferta de servicios sanitarios. A partir de este fortalecimiento, se promuevan buenas prácticas e indicadores útiles para enriquecer los sistemas de vigilancia y control epidemiológico y de salud pública de los diferentes contextos (CEPAL, 2000).

En el contexto colombiano se maneja el modelo de promoción de la salud que se encuentra dentro del Plan Nacional de Desarrollo para el periodo 2010-2014, del cual se desarrolló el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, como una apuesta y un producto para reducir las inequidades en salud en Colombia planteando tres objetivos: promover la equidad social, un cambio de enfoque en el abordaje de la salud y mejorar las condiciones de vida de las personas. Entre los desafíos identificados de este plan, estaban el fortalecimiento del concepto de salud como resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

El PDSP se creó con el fin de garantizar y proteger la salud de las personas, mitigando las brechas de desigualdad social mediante la implementación de propuestas enfocadas a la intervención de los determinantes sociales reconociendo los riesgos epidemiológicos a los que está expuesta una persona de manera individual, histórica y socialmente. En consideración se pretende el abordaje de estrategias de intervención para la salud bajo tres enfoques: 1. Enfoque de derechos; 2. Enfoque diferencial y 3. Enfoque poblacional que abarca el estado de salud de las poblaciones desde un punto de vista integral mediante la implementación de políticas intersectoriales y transectoriales enfocadas a los determinantes estructurales. Este plan se rigió bajo las leyes 1438 de 2011, 1122 de 2007, 715 de 2001, 152 de 1994, y 1450 de 2014, por medio de la cual se expidió el Plan Nacional de Desarrollo 2014 y bajo este marco normativo, se enfatizó en el compromiso del Ministerio de Salud y Protección Social con la elaboración del PDSP 2012-2021, el cual involucraba la realización de propuestas estratégicas que beneficien la calidad de vida y salud de las personas. Es importante dejar claro que fue un plan que se enfrentó a varios desafíos, el principal, la trascendencia de varios periodos de gobierno venideros, poniendo en riesgo la continuidad de los objetivos por diferencias ideológicas de los siguientes mandatos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Entre la propuesta para el nuevo PDSP 2022-2031 se enfoca en principios de dignidad, progresividad, equidad, justicia social y distributiva, prevalencia del interés general,

inclusión, transparencia e integralidad, que va en sincronía con la propuesta de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015). En esencia se busca garantizar el derecho a la salud con equidad y oportunidad, con acciones para la gestión de los DSS, a fin de reducir las muertes evitables y prevenibles. Entre los retos que confronta posiblemente la nueva propuesta se relacionan con el cumplimiento de las metas planteadas como en el anterior gobierno relacionadas con: el fortalecimiento de la articulación intersectorial para la gestión de los DSS, la interseccionalidad para disminuir la discriminación y la carga de desigualdades en salud en los diferentes contextos de participación de las personas. Con esto es necesario el fortalecimiento de la gestión territorial integral de la salud pública con un modelo que oriente, articule y permita comprender el rol de diferentes actores que se involucren en atender las necesidades de salud de las personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El modelo de promoción de salud fue importante desde las prácticas educativas realizadas por los “higienistas” al inicio del siglo XX, quienes promovían y desarrollaban acciones poblacionales e individuales para mejorar la calidad de vida en aquel entonces. Actualmente la educación sanitaria es un modelo que cobra relevancia en la prevención de enfermedades (VillaAndrada et al., 2006).

En este orden de ideas, la educación sanitaria se refiere a un proceso de aprendizaje que busca contribuir en la formación de una conciencia personal crítica respecto a los propios problemas de salud, generando autoconciencia por los procesos de salud-enfermedad en las personas para fomentar el autocuidado individual y colectivo dentro del enfoque de promoción de la salud (Gitirana et al., 2021).

Al respecto, diferentes actores, profesionales e investigadores enfrentan retos relacionados con problemáticas en salud, y para su abordaje proponen modelos o estrategias alternas desde la educación sanitaria. El reto se relaciona con generar un intercambio flexible entre la teoría, la investigación y la práctica, donde se generen resultados eficaces que respondan a las necesidades contextuales en la salud de las poblaciones. Pese a los desafíos, el sistema de atención en salud ha cambiado y brinda nuevas oportunidades para la educación en salud. Particularmente, hoy en día se enfatiza sobre los derechos y deberes de los

pacientes, fomentando una participación directa de los mismos frente a la toma de decisiones sobre su proceso de salud y enfermedad, generando interés por educarse y de comprender todo lo relacionado con su enfermedad y tratamiento. Lo anterior, mediante la búsqueda masiva de información haciendo uso de la tecnología y a través de diferentes medios interactivos de los que disponga el paciente (Glanz et al., 2008).

En concordancia, considerando los desafíos contextuales y el interés por el paciente y la comunidad sanitaria en comprender las causas relacionadas con enfermedades transmisibles y no transmisibles y para buscar la solución a las mismas, surge un modelo de estrategia que puede responder a dicha necesidad. Este modelo, permite acercar la brecha entre la investigación y la práctica sanitaria, el cual busca capturar, recopilar y compartir conocimiento tácito para que se convierta en conocimiento explícito, el cual se le conoce como transferencia del conocimiento (Albrecht et al., 2013).

La transferencia del conocimiento se trata de un proceso que implica transferir buenas ideas, resultados de investigación y habilidades entre universidades, otras organizaciones de investigación, empresas y las comunidades en general con el fin de articular nuevas formas de conocimiento que permitan el desarrollo de nuevos productos y servicios innovadores. Algunos investigadores refieren que, “la transferencia exitosa de conocimientos implica mucho más que una difusión lineal y unidireccional de conocimientos y habilidades de una universidad a la industria, depende del acceso a las personas, la información y la infraestructura” (Graham et al., 2006).

Se identifican en la literatura estrategias de intervención desde la transferencia del conocimiento como una alternativa que busca responder a las necesidades de las poblaciones en salud y en aras de mitigar las consecuencias de los determinantes intermedios en salud que se señalaron anteriormente (Díaz et al., 2020). Las ETC hacen referencia a aquellas actividades o acciones pedagógicas que se generan a partir de la articulación entre el conocimiento y la práctica sanitaria emitidas por el personal técnico, profesional y tradicional en salud para atender las demandas y afectaciones en salud que buscan el mejoramiento de la salud materna (Graham et al., 2006).

Según la Taxonomía Effective Practice and Organization of Care, 2015 se denominan ETC a las siguientes intervenciones:

- Juegos educativos, como estrategia educativa para mejorar los estándares de atención.
- Materiales educativos de apoyo a la atención clínica con el fin que sea un medio para distribuir conocimiento.
- Reuniones educativas, como cursos, talleres, conferencias u otros encuentros educativos.
- Visitas educativas, con una persona capacitada para brindar información con el objetivo de cambiar la práctica.
- Guías de prácticas clínicas para ayudar a los proveedores de atención médica y a los pacientes a decidir sobre la atención médica adecuada para circunstancias clínicas específicas.
- Educación intraprofesional continua para profesionales de la salud que involucran a más de una profesión en un aprendizaje conjunto e interactivo.

Teniendo en cuenta lo anterior, para esta revisión se buscó identificar, describir y sintetizar algunas de las ETC en mención implementadas por parte del personal en salud como una de las herramientas para el mejoramiento de la atención materna, perinatal y neonatal, y específicamente para resolver problemáticas asociadas a las esferas de la salud mental y la nutrición de las mujeres como población objeto y quienes reflejan desenlaces fatales como la MM, siendo de interés para la salud pública. De ahí, que este tipo de intervenciones quizás puedan mejorar en el desarrollo de competencias a los actores en mención, desde su ejercicio práctico para atender a las demandas de las poblaciones, comunidades y mujeres que lo requieran (Díaz et al., 2020).

En este contexto, desde la esfera de salud mental se busca identificar aquellos estudios que describan y/o evalúen estrategias de prevención para mitigar los síntomas asociados a la depresión perinatal y posparto en mujeres, considerando que estos desenlaces

son problemas de salud pública prevalentes que provocan impactos negativos para el binomio madre e hijo. En este sentido, es importante hallar qué tipo de intervenciones se encuentran disponibles para tratar a las mujeres que ya experimentan un episodio depresivo para prevenir durante la vigilancia obstétrica, y en el puerperio. Al respecto, se han desarrollado y probado varias intervenciones preventivas, que han demostrado ser efectivas en la aparición y/o exacerbación de síntomas asociados a la depresión perinatal (Rahman, 2008).

Desde la esfera de la nutrición se ubica la lactancia materna como una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia de los niños, considerando que aquellos que son amamantados muestran mejor desempeño en las pruebas de inteligencia, son menos propensos al sobrepeso o la obesidad y, más tarde a lo largo de la vida, a padecer diabetes (Organización Panamericana de la Salud, 2022). Si bien se afirma, que la práctica de la lactancia materna exclusiva es un tipo de alimentación que consiste en brindar al bebé solo leche materna y ningún otro alimento. En este orden de ideas, la OMS/UNICEF sugieren que esta se lleve a cabo durante los primeros seis meses de vida del bebé y se recomienda que se inicie en la primera hora de vida después del parto (UNICEF, 2015). La influencia de la lactancia materna en el primer año de vida es fundamental para evaluar el crecimiento infantil (Morán et al., 2009).

## **6. Objetivos**

### **6.1 General**

Analizar las estrategias de transferencia del conocimiento disponibles en la literatura internacional implementadas por personal profesional, técnico, y tradicional en salud para el mejoramiento de la nutrición y la salud mental en la atención materna, perinatal y neonatal entre los años 2008 a enero de 2022.

### **6.2 Específicos**

Describir las estrategias de transferencia del conocimiento disponibles en la literatura internacional implementadas por personal profesional, técnico y tradicional en salud que mejoran aspectos nutricionales y de salud mental en la atención materna, perinatal y neonatal.

Sintetizar la evidencia sobre estrategias de transferencia del conocimiento identificadas en la literatura internacional que sirvan en la toma de decisiones para mejorar elementos asociados a la nutrición y la salud mental de gestantes y neonatos.

## **7. Metodología**

### **7.1 Tipo de estudio**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura por pares con apoyo de dos investigadores expertos, como un medio para analizar, resumir y sintetizar investigaciones sobre las ETC en términos de rigor metodológico, implementadas por el personal de salud en los diferentes contextos de participación, para responder en las esferas de la salud mental y la nutrición de las gestantes (Graham et al., 2006). Para la evaluación de la calidad metodológica, esta revisión se realizó mediante cuatro etapas: 1. Identificación; 2. Cribado; 3. Elegibilidad; y 4. Inclusión. A continuación, se mostrará los resultados por cada fase.

#### **7.1.1 Identificación y búsqueda de información**

Para esta fase se planteó la siguiente pregunta problema de investigación: ¿Cuáles son las estrategias de transferencia del conocimiento disponibles en la literatura internacional implementadas por personal profesional, técnico, y tradicional en salud para el mejoramiento de la nutrición y la salud mental en la atención materna, perinatal y neonatal entre los años 2008 a enero 2022?, basada en los criterios de inclusión/exclusión como se puede ver de manera específica en la Tabla.1. Tras su consolidación, se realizó una búsqueda de la literatura construyendo diferentes algoritmos y combinaciones de operadores booleanos, como adelante se describen, abordando los términos de interés para esta investigación, la cual se llevó a cabo por medio de los tesauros DeCS y MESH, a través de las bases de datos: MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, Web of Science y LILACS.

**Tabla 1. Criterios Estructura Pregunta sobre: Población, Intervenciones, Comparación, Resultados, Tiempo y Estudios (PICOTS).**

Componente	Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<b>P</b>	Artículos que abordaron ETC dirigida a: Personal técnico profesional y tradicional/comunitario, mujeres en etapa perinatal y neonatal que compartieron o recibieron experiencias de atención en salud materna específicamente en salud mental y nutrición en las etapas perinatal y neonatal.	Se excluyeron todos los documentos que mencionaron aborto definido como: Evento ocurrido antes de la semana 22 o producto menor a 500 gr, al igual, que se excluyeron aquellas referencias que abordaron población en primera infancia mayores de 28 días de nacido.
<b>I</b>	Documentos que describieron o evaluaron estrategias de intervención de transferencia del conocimiento sobre la atención y cuidado en salud materna, específicamente en las esferas de salud mental y nutrición durante los periodos perinatal y neonatal. Cuyas intervenciones hayan sido realizadas por profesionales sanitarios, durante el periodo de 2008 a enero de 2022, en los idiomas consultados: inglés, portugués y español.	
<b>C</b>	Ninguna de manera específica o particular.	
<b>O</b>	Se incluyeron desenlaces en la mortalidad materna perinatal y neonatal relacionados con salud mental como: Depresión posparto, ansiedad y conducta suicida. Por su parte, en la esfera de nutrición, se contemplaron: La lactancia materna, lactancia materna exclusiva, duración de la lactancia materna, complicaciones de la lactancia materna y del neonato. Para	

	este apartado fue indispensable considerar estudios, solo si la intervención que describe se asociaba a transferencia del conocimiento.	
<b>T</b>	Documentos que describieran y evaluaran durante el 2008 y enero de 2022, en los cuales se especificara la realización de estrategias de transferencia del conocimiento que hacen referencia a la etapa perinatal y neonatal.	
<b>S</b>	Se incluyeron estudios primarios de tipo cuantitativo, cualitativo y/o mixto, que fuesen desarrollados en población gestante, perinatos y neonatos para la atención en salud materna y cuidado perinatal, específicamente en las esferas de salud mental y nutrición, donde describieran y evaluaran intervenciones centradas en transferencia del conocimiento por parte de personal profesional, técnico y/o tradicional en salud.	Se excluyeron editoriales, cartas al director, fe de erratas de artículos, protocolos, comentarios, artículos publicitarios, folletos, capitulaciones, resúmenes de eventos o libros y reseñas. De igual forma, se excluyeron estudios secundarios de síntesis de evidencia desarrollados en población gestante, perinatos y neonatos, quienes recibieron atención en salud materna y cuidado perinatal por parte de personal profesional, técnico y/o tradicional en salud, específicamente en salud mental y nutrición materna. Estos estudios se excluyeron, debido a que no se podían evaluar los resultados de las intervenciones sobre transferencia del conocimiento particularmente en las esferas de la salud mental y la nutrición.

Según Silva, (2021), para la búsqueda de los estudios, las palabras claves introducidas en las bases de datos en mención se formularon solo en inglés como idioma universal, con el fin de hallar mayores resultados haciendo uso de los operadores booleanos. El uso de esta herramienta, en la revisión sistemática de la literatura, permitió una búsqueda más detallada y específica, estableciendo la relación entre los términos a partir de la inclusión o exclusión de estos, Los operadores booleanos empleados fueron:

**AND:** Se utilizó para incluir estudios que contemplaran todos los términos clave propuestos en la búsqueda, reduciendo la cobertura de la ecuación dentro de las bases de datos.

**OR:** Se utilizó para ampliar la cobertura de la estrategia de búsqueda dentro de las bases de datos, debido a que incluyó el material con cualquiera de los términos especificados dentro de la ecuación.

**NOT:** Se utilizó para excluir referencias que tuviesen el termino escrito después del operador.

Entre las ecuaciones de búsqueda para esta revisión se organizaron combinaciones de la siguiente manera:

**Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda para la revisión**

Tema	Palabras clave	Agrupamiento
Knowledge Translation	Maternal health	Knowledge translation and maternal health (Knowledge OR maternal health)
AND		
Study designs	Maternal Health	(Studies of maternal health)
AND		
Perinatal and postnatal maternal health care	"Community Health Workers" "Allied Health Personnel" "Voluntary Workers" "Professional midwives" "Traditional midwives" "Community interventions" "Intervention Programs" "Pregnancy Complications" "Breastfeeding" "Postpartum Depression»	(Maternal and neonatal health care OR Intervention programs OR "Community Interventions" OR "Traditional Medicine" OR Voluntary Workers OR "Professional midwives" OR "Pregnancy Complications" OR "Breastfeeding" OR "postpartum depression»

Fuente: Elaboración propia del equipo de investigadores

A continuación, se ejemplifica el resultado de una base de datos con la ecuación de búsqueda implementada:

**Tabla 3. Ejemplo de ecuación de búsqueda, según base de datos bibliográficos.**

Base de datos	Palabras claves	Ecuación
Medline	1. Community Health Workers 2. Allied Health Personnel y 3. Voluntary Workers 4. Doula.	“(((lay or voluntary or volunteer? or untrained or unlicensed or nonprofessional? or nonprofessional? or nonspecialist* or non-specialist*) adj5 (worker? or visitor? or attendant? or aide or aides or support* or person* or helper? or career? or caregiver? or care giver? or consultant? or assistant? or staff or visit* or midwife or midwives)) or (traditional and (midwife or midwives)))”.

Fuente: Elaboración propia del equipo de investigadores

En el Anexo 1: “Hit de búsqueda”, se puede encontrar de manera más detallada los algoritmos y combinaciones de búsquedas en las bases de datos mencionadas. Esta búsqueda se realizó con el apoyo de profesores investigadores con experticia en revisiones sistemáticas de literatura del Instituto de Salud Pública, y adicionalmente un bibliotecólogo experto de la Pontificia Universidad Javeriana. Por otro lado, como resultado de la primera fase se obtuvo un total de 8.238 artículos de los cuales se incluyeron para la siguiente etapa de Cribado.

### 7.1.2 Cribado

Una vez obtenida la muestra de 8.238 artículos de la primera etapa de identificación, estos fueron importados al Software Rayyan - QCRI, para facilitar el proceso de lectura bajo el criterio por título/resumen. En este proceso se excluyeron 8.131 artículos debido a que no cumplieron los criterios PICOTS, por las siguientes razones: Intervención diferente (n =6.848); otro tipo de publicación (n=2.862); otro tipo de población (n =760); duplicados: (n=450); otros desenlaces: (n= 204) y otros idiomas (n= 204). Cabe aclarar que cada artículo excluido pudo tener una o más razones de exclusión según el criterio de los investigadores.

Después del Cribado por título - resumen quedaron seleccionados 106 artículos, los cuales se dividieron en las categorías de nutrición (n= 59) y salud mental (n=47) según el desenlace de interés. De los cuales se excluyeron (n=73) por las siguientes razones: 1. No describe la estrategia (n=54) y 2. Artículo no disponible (n=19). Estos artículos incluidos fueron seleccionados para pasar a la siguiente sub-etapa de cribado para ser incluidos los estudios en el primer instrumento denominado: “Tamizaje a Texto Completo” (Ver anexo 2).

Previo a la actividad de tamizaje a texto completo, los investigadores se sometieron a la evaluación de concordancia para definir criterio de selección. Para evaluar la concordancia entre los revisores se utilizó el índice Kappa, esto fue hecho al finalizar la etapa de cribado bajo el criterio título - resumen. Cabe señalar, que este índice permitió valorar el nivel de acuerdos y desacuerdos entre los revisores frente a la toma de decisiones de la inclusión o exclusión de los estudios.

Para esta actividad, se seleccionaron cuatro artículos al azar los cuales salieron de la etapa de tamizaje del criterio de título - resumen. Estos artículos se sometieron a la evaluación de dos de las investigadoras en formación donde cada evaluador según su criterio debió calificar la calidad de los estudios siguiendo los parámetros y requisitos de elegibilidad del instrumento dedicado a esta evaluación. Según la decisión de “incluido” o “no incluido” que se codificó entre 0 y 1, donde cero indicaba que no se incluye y uno que se incluye porque cumple con las características mínimas requeridas para el estudio, cada investigador se sometió a la estimación de la métrica de Kappa ponderada, teniendo en cuenta la comparación con el criterio final del tutor frente a cada artículo. La concordancia estimada mediante el índice Kappa al finalizar la evaluación de los artículos fue de 0,60. Este resultado significa que hubo concordancia moderada/buena entre los revisores teniendo en cuenta que el rango esta entre -1 es menor concordancia y +1 mayor concordancia (Cerde & Villarroel, 2008).

Después de evaluar la concordancia se procedió a la evaluación de los artículos en el instrumento del Anexo 2. Para ello, los artículos incluidos tuvieron que cumplir con los siguientes criterios: En diseño, que estos fueran estudios cuantitativos, cualitativos o mixtos, los cuales describieran o evaluaran intervenciones/estrategias para la transferencia del conocimiento, transferencia interprofesional (incluyendo partería profesional), intercomunitaria, profesional-comunitaria y/o profesional/técnica-comunitaria en salud materna y neonatal.

Adicionalmente, se evaluaba si cumplían con el tipo de población de objeto: Personal profesional, técnico y/o tradicional/comunitario que compartieran experiencias de atención materna, neonatal y perinatal; mujeres en estado de embarazo, parto y posparto (día 42 posterior al parto) que recibieron atención por parte del personal en mención; recién nacidos

hasta el día 28 de vida, específicamente en las esferas de salud mental y nutrición materna. También, si el estudio evaluaba desenlaces como: Morbilidad materna extrema; mortalidad materna; alteraciones de la salud mental materna; desenlaces durante el parto; desenlaces postparto; mortalidad perinatal; mortalidad neonatal; morbilidad neonatal compuesta; y/ o desenlaces de tipo social y/o comunitarios.

### **7.1.3 Elegibilidad**

Al culminar el proceso anterior, se incluyeron 33 artículos derivados del Anexo 2 de los cuales 13 fueron de la categoría salud mental y 20 de nutrición. De esta muestra, se excluyeron 23 mediante la evaluación siguiendo la métrica diseñada en un segundo instrumento de evaluación (Ver Anexo 3) por parte de los supervisores del proyecto en aras de minimizar el riesgo de sesgo.

El proceso de evaluación siguiendo la métrica propuesta, se realizó en dos etapas: La primera etapa evaluó tres aspectos metodológicos. El primer aspecto, consistió en identificar/ evaluar cómo se seleccionaron los participantes, bajo una escala que oscilaba entre 0% a 20%, teniendo en cuenta criterios de muestreo probabilístico o no probabilístico: El 20% que era muy probable, 15% algo probable, 10% poco probable, que empleara algún criterio de inclusión o técnicas probabilísticas y 0% por conveniencia.

El segundo aspecto, buscaba valorar la calidad del registro de los datos que correspondía a procesos de confiabilidad y validez para evaluar un posible sesgo de información. Para ello, se asignó 20% si se describía claramente la metodología y sus herramientas de aplicación (validación de instrumentos, aplicación de prueba piloto, entre otros). Se asignaba 10% si reportaban parcialmente las técnicas anteriores para la recolección de la información, y 0% si no se identificaba esta descripción en los artículos evaluados.

Igualmente, como tercer aspecto se evaluó la declaración de fuentes de financiamiento y/o conflictos de intereses, por ejemplo: Si el estudio declaraba ambas circunstancias se valoraba con un 10%, o si solo una con un 5% y ninguna con un 0%. Cabe señalar que, al culminar la evaluación de los tres aspectos metodológicos de la primera etapa, se debía obtener un máximo del 50 %.

Adicional a este proceso, se realizó la segunda etapa de evaluación que también se valoró con 50%. En esta se evaluó la estructura de cada artículo mediante listas de verificación como STROBE, CONSORT y CASPE, de acuerdo con el tipo de estudio evaluado. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), el cual presenta un listado mínimo de recomendaciones que deben tenerse en cuenta en los estudios de cohortes, casos y controles y estudios transversales (Field, et al., 2014). La lista de verificación STROBE está conformada por una lista de chequeo de hasta 36 ítems evaluativos. Sin embargo, dependiendo del diseño del estudio se ajustó debido a que algunos de estos ítems no aplicaban (N/A) para la evaluación. Los ítems evaluativos totales oscilaron entre 27 – 36 ítems. Por ejemplo, un estudio transversal aplicaba 31 ítems de la lista porque 5 ítems eran específicos para otros estudios (cohorte y casos y controles).

En cuanto a la lista de “Normas consolidadas para informar y publicar ensayos” (CONSORT) por sus siglas en inglés, se utilizó como instrumento, un inventario de chequeo que contiene alrededor de 37 ítems para evaluar un ensayo controlado aleatorizado. Entre los detalles metodológicos, se evaluó el método considerando los siguientes aspectos a tener en cuenta: Identificar la secuencia de asignación aleatoria y su encubrimiento al inscribir a los participantes, el enmascaramiento usado para el seguimiento de los participantes, el cálculo del tamaño de la muestra, la definición de los resultados primarios y los resultados de análisis especificados. Esta lista plantea recomendaciones genéricas sobre cómo informar y publicar ensayos controlados aleatorizados con grupos paralelos (Field, et al., 2014). Los artículos evaluados se valoraron entre 35-37 ítems teniendo en cuenta la estructura de cada estudio.

Por ejemplo, hubo estudios evaluados sobre 35 ítems, donde no aplicaban (N/A) dos ítems relacionados con: 1. Medidas de resultados primarias y secundarias preespecificadas completamente definidas, incluido como y cuando se evaluaron y 2. Porque se terminó o se detuvo el estudio. Estos criterios dependían del diseño e implementación de cada uno de los estudios.

La lista de verificación CASPE, se utilizó para evaluar aquellos estudios cualitativos bajo 11 ítems en cuanto al rigor, credibilidad y relevancia. Con respecto al rigor, este se evaluó al valorar la congruencia metodológica y coherencia con la pregunta de investigación.

En credibilidad, se enfatizó en valorar la capacidad que tienen los resultados de representar el fenómeno de estudio desde la subjetividad de los participantes y en relevancia se consideró la utilidad de los hallazgos en la práctica acorde a la evidencia cualitativa. En este sentido, permitió realizar inferencias en estos aspectos a partir de preguntas específicas para vislumbrar el alcance y la calidad de los estudios revisados (Cano, et al., 2010).

Para cada lista de verificación implementada (CONSORT, STROBE o CASPE), se realizó la sumatoria de los ítems evaluados en cada estudio y en este punto se aplicó una ponderación teniendo en cuenta que la segunda etapa de evaluación de estructura tuvo una puntuación del 50%. Si el artículo obtenía un puntaje mayor al 30% con alguna de estas listas, se incluía, si era menor a esta puntuación se excluía. En total de las dos etapas en el proceso de valoración de riesgo de sesgo el artículo debía tener una puntuación mínima de 60% para que pasara a la fase de extracción de datos.

Finalizando esta etapa de elegibilidad, se excluyeron 23 estudios, de los cuales 15 fueron de la categoría de nutrición y 8 de salud mental que no cumplieron con los requisitos anteriormente señalados. Para avanzar a la etapa de inclusión se seleccionaron 10 artículos, de los cuales se extrajeron los datos relevantes, obteniendo cinco para la categoría de salud mental y cinco para la categoría de nutrición. De estos 10 artículos, 8 correspondieron a estudios cuantitativos, uno cualitativo y uno mixto.

#### **7.1.4 Inclusión**

Para esta etapa se realizó la aplicación de un tercer instrumento denominado: “Extracción de datos relevantes de lectura a texto completo” (Ver Anexo 4), el cual facilitó la clasificación y organización de información relevante.

## **8. Resultados**

En este apartado se presenta una síntesis de los principales resultados de la revisión sistemática de la literatura en cada una de sus fases, rescatando cada uno de los aportes de la revisión documental con el fin de integrar la totalidad de los resultados y que sirvan de insumo para la discusión. La descripción de los resultados se hará en cada una de las etapas metodológicas utilizadas:

### **8.1 Identificación y búsqueda de la información**

Posterior a tener la ecuación de búsqueda, se realizó la misma en las diferentes bases de datos y la muestra inicial de este paso fueron 8.238 artículos, de los cuales se recolectaron de la siguiente manera: 2.167 de MEDLINE, 1.884 de EMBASE, 631 de PsycINFO, 1.335 de CINAHL, 1.823 de Web of Science y 398 de LILACS.

### **8.2 Cribado**

De los 8.238 artículos de la primera etapa de identificación, se importó la información en Software Rayyan – QCRI y se realizó la lectura por título/resumen, teniendo como resultado la exclusión de 8.131 registros que no cumplían con los requerimientos por cuatro razones: Intervención diferente (n =6.848); otro tipo de publicación (n=2.862); otro tipo de población (n =760); duplicados: (n=450); otros desenlaces: (n=204) y otros idiomas: (n=204). Cabe aclarar, que cada artículo excluido pudo tener una o más razones de exclusión según el criterio de los investigadores.

De esta fase, se obtuvieron 106 artículos los cuales fueron organizados en las categorías de nutrición (n= 59) y salud mental (n=47) según el desenlace de interés, estos artículos pasaron a la siguiente etapa, la cual fue tamizaje a texto completo, que se puede observar en el Anexo 2. En esta fase, se excluyeron (n =73) por las siguientes razones: No describe la estrategia: (n =54) y Artículo no disponible: (n=19) (Ver figura 2).

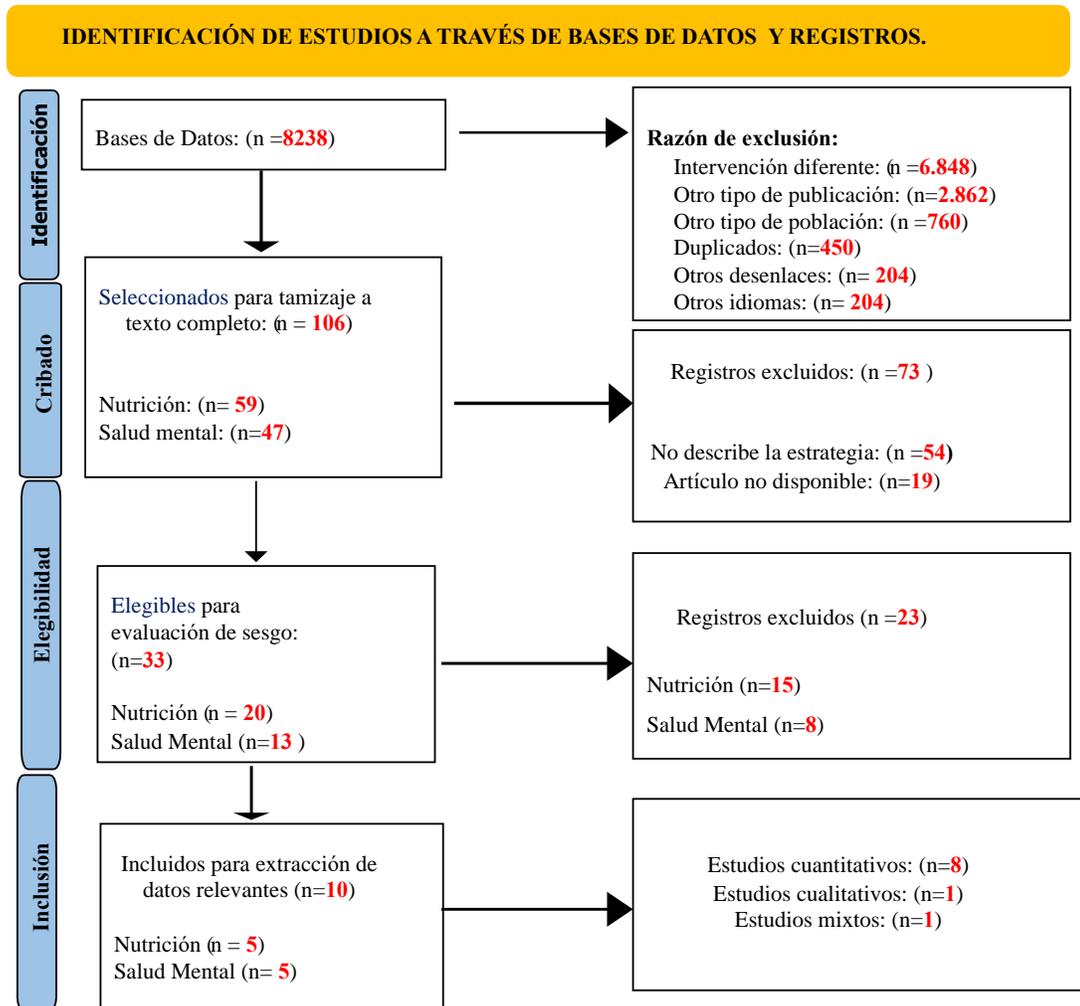


Figura 2. Diagrama de flujo PRISMA. Fuente: Elaboración Propia, 2022.

### 8.3 Elegibilidad

Posteriormente, de los 33 artículos derivados de la fase anterior, fueron elegibles para evaluación de sesgo y se dividió de la siguiente manera: Nutrición (n = 20) y salud mental (n=13), de los cuales para la categoría de nutrición (n=16) correspondieron a estudios cuantitativos, (n=1) cualitativos y (n=3) mixtos. Mientras que, para la categoría de salud mental (n=10) fueron cuantitativos, (n=1) cualitativos y (n=2) mixtos. De los 23 artículos

excluidos 15 estudios corresponden a la categoría de nutrición y 8 estudios a la categoría de salud mental.

Para evaluar el riesgo de sesgo de los 33 estudios elegidos, se utilizó el instrumento de evaluación diseñado por los profesores del Instituto de Salud Pública, y dentro de este se evaluó la estructura de cada artículo haciendo uso de las listas de verificación: STROBE, CONSORT y CASPE de acuerdo con el diseño del estudio. De esta manera con STROBE se evaluaron 15 estudios de los cuales 10 fueron estudios cuantitativos y 5 mixtos, con CONSORT 16 estudios cuantitativos y con CASPE un estudio mixto. Los valores que se tuvieron en cuenta como hallazgos importantes del instrumento de evaluación, se relacionaron con dos etapas que ya se describieron previamente en metodología. Para la categoría de nutrición de los (n=20) estudios solo cinco, reflejaron un puntaje que osciló entre 62% -77% y en salud mental de los (n=13) otros cinco estudios se seleccionaron con un puntaje que oscilaba entre 63% – 86%, lo que indicó que hubo 10 estudios que denotaban alto rigor metodológico.

Para la categoría de salud mental en el proceso de evaluación de riesgo de sesgo inicialmente se pretendía evaluar medidas de frecuencia, asociación y resultados expuestos basales y de post intervención en variables como: Conducta Suicida, Ansiedad, Depresión Posparto y Estrés Postraumático. En los artículos evaluados se encontró variables como depresión posparto y estrés, donde los resultados mencionaban medidas descriptivas y de comparación de grupos en cuanto a edad, tipo de población, país, lugar de residencia, tipo de estrategia de transferencia de conocimiento, tiempo de implementación, característica de la estrategia y limitaciones del desarrollo de estas. Adicionalmente, no había una medida de asociación en común para generar un análisis tipo metaanálisis.

Desde el protocolo, para la categoría de nutrición se tuvieron en cuenta variables como: Duración de la lactancia materna total en meses, duración de la lactancia materna exclusiva en meses, proporción de lactancia materna entre 3 meses y 6 meses, proporción de lactancia materna exclusiva a los 3 o a los 6 meses, tasa de iniciación de la lactancia materna,

satisfacción materna, complicaciones de la lactancia materna, complicaciones del neonato. En este sentido, cuatro estudios valoraron la duración de la lactancia materna exclusiva en meses y la tasa de iniciación de la lactancia materna, mientras que dos de los estudios identificados en esta categoría consideraron complicaciones de lactancia materna y uno, complicaciones del neonato. En cuanto a los resultados, al igual que en el apartado anterior de salud mental, se pretendía combinar los resultados del estudio que permitiera potencialmente generar un análisis tipo metaanálisis.

#### **8.4 Inclusión**

De los 10 artículos seleccionados para salud mental y nutrición, se sintetizaron en la Tabla 4. En esta tabla se describió de manera específica y sintética los hallazgos de cada estudio señalando elementos relevantes como: Autor (es) y año, ubicación, nombre de la estrategia, diseño, tipo de estudio, puntaje e instrumento, tamaño de la muestra, edad, descripción y/o evaluación de la estrategia, hallazgos y conclusiones. En estos tres últimos aspectos en mención, se enfatiza principalmente en el aporte que realiza el personal profesional, técnico y/o tradicional comunitario, frente a la implementación de ETC en salud mental y nutrición, considerando desenlaces como mortalidad materna, morbilidad materna, perinatal y neonatal, salud neonatal y específicamente en eventos tales como depresión postparto y lactancia materna.

De la totalidad de los estudios identificados con alto rigor metodológico, se muestra que el puntaje promedio del instrumento de evaluación fue de 70,4%; lo que indica un rango aceptable para la inclusión. Estos estudios se desarrollaron de la siguiente manera: Cuatro en USA (Diebold, et al., 2020; Roman, et al. 2009; Prevatt, et al, 2018; Sullivan, et al., 2011); dos en Pakistán, (Rahman, et al., 2008; Sikander, et al., 2015); dos en Bangladesh (Mannan, et al., 2008; Akter, et al., 2012), uno en Australia (Sawyer, et al.,2019), y uno en Durbán (Ijumba, et al., 2015). Cabe señalar, que el 70 % de estos estudios se realizaron en zona urbana. Así mismo, de acuerdo con el tipo de estudio se incluyeron ocho estudios cuantitativos, un estudio cualitativo y un estudio mixto. De los cuales seis se identificaron con diseño experimental, tres de tipo transversal y uno de cohorte. Respecto al tamaño de la muestra, la selección de participantes osciló entre 88 – 3.294; así mismo, el 90% de las

intervenciones fueron dirigidas a personal tradicional/comunitario; mientras que el 10% se destinó a profesionales. Por su parte, la población a la que fue dirigida las intervenciones en su mayoría correspondió al sexo femenino y se encontraban en un rango de edad entre 15 – 40 años, considerando la etapa fértil de la mujer.

En cuanto a las ETC, se identificó que el 50% de los estudios desarrollaron visitas educativas y el otro 50%, reuniones educativas. Las reuniones educativas, hacen referencia a cursos, talleres, conferencias u otros encuentros educativos domiciliarios, mientras que las visitas educativas se relacionan con espacios de formación personalizada, por parte del personal capacitado para brindar información de interés a los participantes (Effective Practice and Organization of Care, 2015). Estas estrategias fueron lideradas por personal profesional, técnico y tradicional, cualificado hacia pares y comunidades en temas relacionados con los eventos de interés para salud mental y nutrición. Para el primer evento, el desenlace de interés fue la depresión posparto, en el cual se buscaba reducir y prevenir los síntomas depresivos en el embarazo y el postparto. Respecto a la categoría de nutrición, específicamente en la lactancia materna, se buscaba fomentar la educación, adherencia y las buenas prácticas desde el inicio del embarazo, puerperio y postparto, apoyándose en el uso de herramientas como: Presentaciones, juegos de roles, material pedagógico y/o herramientas digitales para la formación teórica y práctica de las mujeres y/o comunidades.

A continuación, se realizará la descripción de los diez estudios que fueron el producto final de la revisión, indicando cuales fueron las estrategias para mejorar la salud del binomio madre e hijo. Se mencionará inicialmente los artículos relacionados con la categoría de salud mental y posteriormente, los de nutrición y con mayor detalle se especifican en la Tabla 4.

#### **8.4.1 Salud Mental**

El estudio de Rahman et al., (2008) obtuvo una puntuación de 86 en la evaluación, el cual correspondió a un estudio cuantitativo llevado a cabo en zona rural de Pakistán, en el

que, por medio de visitas educativas realizadas por parte de los trabajadores de la salud, utilizaron un manual dirigido para llevar a cabo una capacitación denominado: “Programa de Pensamiento Saludable”. En este programa, se desarrollaron técnicas de TCC, relacionadas con la escucha activa, colaboración con la familia, descubrimiento guiado (un auto-cuestionario para debatir las creencias de salud de la familia como para estimular ideas alternativas) y como estrategias de refuerzo sesiones prácticas donde se enfatizó sobre la educación en salud materno-infantil. Esta intervención estuvo dirigida en primer lugar, a trabajadores comunitarios y, en segundo lugar, a las mujeres participantes. La capacitación consistió en una sesión cada semana durante 4 semanas, en el último mes de embarazo, tres sesiones en el primer mes postnatal y nueve sesiones mensuales. A partir de entonces se pretendió evaluar, el efecto de esta capacitación sobre la depresión perinatal en mujeres, buscando validar la hipótesis sobre si este tratamiento pudiese desencadenar a una mejor nutrición y otros resultados de salud en el lactante. Los hallazgos de este estudio fueron diferenciales entre los grupos de intervención y control en el Z-score de peso para la edad y talla, donde se encontró que a los 12 meses el número de bebés con retraso del crecimiento en el grupo de intervención fue menor que en el grupo control. Un análisis más detallado mostró, que el grupo que recibió la intervención donde los bebés cuyas madres todavía estaban deprimidas a los 6 meses, tenían significativamente menor peso con respecto a la edad (-1,2 contra -0,73,  $p=0,0003$ ; talla para la edad -0,94 contra -0,55,  $p=0,0033$ ), igualmente a los 12 meses (peso para la edad -2,2 contra -1,95,  $p=0,0149$ ; altura para la edad -1,5 contra -0,98,  $p<0,0001$ ) en comparación con los niños cuyas madres se habían recuperado. Las asociaciones siguieron siendo significativas, después de que se controlaron todos los datos sociodemográficos.

De acuerdo con este estudio, en una comunidad rural pobre con poco acceso a la atención de la salud mental, la implementación de una intervención basada en la TCC en el trabajo de rutina de los trabajadores de la salud comunitarios redujo a más de la mitad la tasa de depresión en mujeres con depresión perinatal, en comparación con aquellas que recibieron la atención rutinaria. Además del alivio sintomático, las mujeres que recibieron la intervención tenían un mejor funcionamiento general y social (Rahman et al., 2008). En

este estudio, el proceso de transferencia del conocimiento consistió en la interacción de los trabajadores de la salud hacia las familias, por medio de espacios de reflexión y cuestionamiento sobre creencias irracionales para debatirlas y proponer una nueva filosofía de vida en cada una de las mujeres. Es decir, bajo el contexto de transferencia, se busca transformar el conocimiento tácito y volverlo explícito a partir de las herramientas que se manejaron, para mitigar la depresión y sus síntomas asociados mejorando la calidad de vida de la madre y el lactante.

Estas actividades fueron desarrolladas por el personal profesional, técnico, y tradicional cualificado hacia pares y comunidades para el abordaje en temas relacionados con la nutrición, donde se buscaba fomentar la educación, adherencia y las buenas prácticas de la lactancia materna en las etapas del embarazo, puerperio y postparto mediante la realización de talleres psicoeducativos, como estrategias complementarias y con el uso de material pedagógico para la formación teórica y práctica (Rahman et al., 2008).

El estudio de Sawyer et al., (2019), obtuvo una puntuación de 81 en la evaluación, el cual correspondió a un estudio cuantitativo, llevado a cabo en zona urbana de Australia. La intervención utilizada como transferencia del conocimiento, se desarrolló mediante el acompañamiento hacia las madres posterior al parto por parte de un grupo de enfermeras en línea. La duración del programa de intervención se desarrolló en cuatro meses a través de una aplicación por celular para brindar ayuda con síntomas depresivos posnatales y problemas de crianza para las madres, las cuales referían presentar niveles comórbidos de síntomas depresivos leves a moderados e inclusive problemas para cuidar a sus hijos durante las primeras cuatro semanas después del nacimiento de su bebé. Es decir, que cada mujer estaba en el programa durante cuatro semanas, pero la ventana de intervención se dio durante cuatro meses y se realizó seguimiento a este grupo de participantes hasta 12 meses después del ingreso al programa.

Los resultados fueron estadísticamente significativos en el tiempo, es decir, que, en un periodo de 12 meses posteriores a la intervención de cuatro meses, se obtuvo respuestas en las escalas de evaluación de apego y de depresión en las mujeres que usaron la aplicación móvil en comparación al grupo de madres que no accedieron a la aplicación celular (Sawyer

et al., 2019). En este sentido, al parecer el apoyo a las madres durante el período posnatal proporcionado mediante tecnología, tiene el potencial de ser una adición importante a los servicios existentes.

El estudio de Diebold et al., (2020), obtuvo una puntuación de 72 en la evaluación, el cual correspondió a un estudio mixto llevado a cabo en zona urbana de Estados Unidos. En este, se indagó sobre las percepciones de las mujeres frente al programa educativo dirigido a las mujeres embarazadas y a los facilitadores que participaban en reuniones educativas bajo los principios de la estrategia terapia cognitivo-conductual (TCC), utilizando material pedagógico para fomentar una discusión grupal. La intervención se realizó en seis sesiones grupales de 86 minutos, abordando tres temas (Pensamientos, actividades placenteras y apoyo social), con el objetivo de prevenir y disminuir síntomas depresivos maternos. Para esta estrategia, el personal encargado de las sesiones eran profesionales de la salud que tenían más de 10 años de experiencia o tenían título de maestría.

Los resultados muestran que el 94,9% de las mujeres disfrutaron el programa educativo, el 97,6% reportaron haber entendido la información, y el 87,4 % señaló la utilidad de la información aprendida, mostrando ser una estrategia efectiva de intervención. Las variables como las condiciones económicas, vivienda y educación se presentaron como un riesgo para la asistencia a la intervención, por lo que se plantea en próximas intervenciones fomentar estrategias que permitan mitigar o controlar estos riesgos (Diebold et al., 2020).

El estudio de Roman et al., (2009) obtuvo una puntuación de 69 en la evaluación, que correspondió a un estudio cuantitativo llevado a cabo en zona urbana de Estados Unidos. En la cual, la ETC estuvo a cargo por un grupo de enfermeras que estaban bajo el control de una agencia (proveedor de salud), para abordar problemas de salud, bienestar y pobreza en mujeres embarazadas y en el postparto. El programa incluía visitas domiciliarias, planificación multidisciplinaria, transporte, asesoramiento psicosocial, orientación nutricional y educación sobre el embarazo y la crianza de los hijos. El equipo de enfermeras que representaban a las agencias certificadas brindaba una visita de evaluación y hasta nueve visitas prenatales (clínica o domiciliaria) y nueve posnatales

dirigidas hacia las mujeres participantes. Al respecto, se evaluó a las mujeres que recibieron intervención y se compararon los resultados con un grupo de mujeres que no la recibieron, reportando que las intervenciones del equipo de enfermeras aliviaron los síntomas depresivos perinatales (-4,0  $p=0,02$ ) y también mejorando el nivel de estrés en mujeres de bajos ingresos (-5,8  $p=0,02$ ), pero no se encontraron diferencias para la autoestima (0,4  $p=0,79$ ) y el apoyo social (0,8  $p=0,63$ ).

El estudio de Prevatt et al., (2018) obtuvo una puntuación de 63 en la evaluación, el cual correspondió a un estudio mixto llevado a cabo en zona urbana de Estados Unidos. La intervención consistía en brindar apoyo por parte de un grupo de pares, con el fin de aumentar el apoyo social y desestigmatizar los síntomas del estado de ánimo posparto. Las reuniones que se hacían de forma semanal estaban a cargo por antiguos asistentes al grupo, y por parte de profesionales de la salud materna. Para esta intervención, se realizó un seguimiento por seis meses a las mujeres que asistieron al grupo desde junio hasta diciembre de 2015, encontrando que la disminución de la depresión posterior a la participación fue similar a la muestra comunitaria en el seguimiento ( $p=0,447$ ) pero, los análisis posteriores revelaron reducciones en los síntomas de depresión con interacciones significativas por tiempo  $\times$  complicaciones ( $p \leq 0,001$ ) y tiempo  $\times$  Método de entrega ( $p \leq 0,017$ ) en el grupo intervenido respecto al grupo no intervenido.

#### **8.4.2 Nutrición**

En relación con la categoría de nutrición, el estudio de Sullivan et al., (2011) obtuvo una puntuación de 70 en el instrumento de evaluación, siendo el que presentó mayor valoración entre estos estudios, correspondió a un estudio cuantitativo llevado a cabo en zona urbana de USA, en el que, por medio de reuniones educativas, se fomentó la realización de un programa de lactancia de tiempo completo, entre 2008 y 2011. Este programa estuvo dirigido a consultores, consejeras pares y personal de salud capacitado en lactancia materna, quienes fueron agentes claves del proceso, pues servían de modelo en el proceso de amamantamiento de los bebés. Los consejeros pares recibieron capacitación y apoyo sobre la fisiología de la lactancia, las condiciones médicas infantiles y los beneficios

de este proceso, bajo la supervisión de consejeras certificadas, que brindaron apoyo emocional y técnico.

En este estudio la ETC consistió en la interacción de los consejeros hacia las madres por medio de espacios de acompañamiento emocional y técnico sobre la lactancia materna por personas con experiencia en el área. Particularmente en este estudio, se logró evidenciar que, bajo el contexto de la transferencia, se brindan herramientas teórico prácticas para fomentar en las madres las buenas prácticas de la lactancia materna. Los hallazgos revelaron que el programa permitió identificar las necesidades de servicios sociales de las madres ( $p = 0,001$ ), y si estas requerían ser derivadas a agencias de servicios sociales ( $p < 0,001$ ), así como recursos comunitarios como el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños, bancos de alimentos o programas de capacitación laboral ( $p = 0,001$ ). La mayoría del personal capacitado (70,7%) participaron en varios cursos/clases que también recibieron apoyo práctico durante el programa ( $p < 0,001$ ). Por su parte, se encontraron que el apoyo práctico brindado a las madres durante la consejería se asoció significativamente con la duración de la capacitación ( $p < 0,001$ ) y una mayor duración de la capacitación se asoció también positivamente con un uso más frecuente de lo aprendido durante el programa.

El estudio de Ijumba, (2015) obtuvo una puntuación de 66 en la evaluación, correspondió a un estudio cuantitativo llevado a cabo en zona urbana de Sudáfrica, la ETC consistió en la capacitación a partir de un manual compilado por expertos a partir de varios recursos de Consejería en Lactancia Materna de la OMS/UNICEF. La metodología utilizada fue a través de dramatizaciones, demostraciones, experiencias de la vida real, que los llevaran a debatir y llegar a consensos. Se dividió la población en dos grupos, el grupo control fue capacitado durante 2 días sobre los documentos y la información necesarios para acceder a las subvenciones estatales de bienestar social. Y el grupo de intervención (GI) recibieron dos visitas domiciliarias durante el embarazo, una en las primeras 48 horas después del parto, luego a los 3 o 4 días, a los 10 o 14 días, a las 3 o 4 semanas y una visita final a las 8 o 9 semanas. Adicionalmente, todos los recién nacidos con bajo peso al nacer ( $\leq 2500$  g) recibieron dos visitas adicionales durante la primera semana. Los resultados de este programa indican que la intervención perinatal entregada por trabajadores

comunitarios de la salud fue eficaz para aumentar la lactancia materna exclusiva y disminuir la alimentación mixta.

El estudio de Akter et al., (2012) obtuvo una puntuación de 64 en el instrumento de evaluación, el cual correspondió a un estudio cuantitativo llevado a cabo en zona rural de Bangladesh, y la ETC utilizada fue a través de sesiones de educación nutricional en el tercer trimestre del embarazo, dos veces en el primer mes y una vez al mes durante los siguientes dos meses antes del parto en gestantes con el fin de evaluar los efectos del asesoramiento nutricional en relación al aumento de peso materno, el peso del recién nacido y las prácticas de lactancia. Entre los resultados se encontró que después de tres meses de asesoramiento, el aumento de peso durante el embarazo fue 45% mayor en el grupo de intervención que en el grupo de comparación (5,61 vs.3,88 kg,  $p=0,001$ ). Adicionalmente, el peso medio al nacer de los recién nacidos, en el grupo de intervención fue 18% mayor que en el grupo de comparación (2,86 vs. 2,42 kg,  $p= 0,001$ ). La prevalencia de bebés con bajo peso al nacer fue del 10,5 % en el grupo de intervención y del 48,3 % en el grupo de comparación ( $p<0,001$ ). Los bebés que nacieron con un peso superior a 3,0 kg fueron el 15,8 % en el grupo de intervención en comparación con el 3,4% en el grupo de comparación. Se concluye que este tipo de ETC mejoran sustancialmente la salud de los recién nacidos y las gestantes (Akter et al., 2012).

El estudio de Sikander et al., (2015) obtuvo una puntuación de 64 en la evaluación, que correspondió a un estudio cuantitativo llevado a cabo en zona rural de Pakistán, la ETC consistió en una intervención psicoeducativa a un grupo de mujeres desde el periodo prenatal hasta los seis meses posteriores al parto a través de siete sesiones, en la que se combinó educación con técnicas de TCC, que fueron integradas a la rutina laboral de los trabajadores comunitarios de la salud, durante siete sesiones de asesoramiento. El taller de capacitación se realizó en dos días, luego a las dos semanas se replicó la capacitación dirigida a las mujeres en lactancia y se complementó con material educativo como presentaciones y juegos de roles. Finalmente, se llevaron a cabo siete visitas domiciliarias integradas al trabajo rutinario del personal de salud como estrategia complementaria.

Los autores indicaron que los análisis estratificados revelaron que la intervención fue efectiva para mejorar las tasas de (LME) incluso entre las madres que usaron alimentos

diferentes a la lactancia materna. El estudio concluyó que, en comparación con el asesoramiento de rutina, el asesoramiento con TCC prolongó significativamente la duración de la LME, duplicando estas tasas a los 6 meses después del parto en el grupo intervención. El aspecto innovador de la intervención fue el enfoque de la TCC que integró componentes en la consejería de rutina (Sikander et al., 2015).

El estudio de Mannan et al., (2008) obtuvo una puntuación de 62 en el instrumento de evaluación, el cual correspondió a un estudio cuantitativo llevado a cabo en zona rural de Bangladesh, donde la intervención consistió en un asesoramiento sobre atención materna, neonatal y complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, en el que se suministró un kit de tabletas de hierro y ácido fólico durante las sesiones. En las visitas posparto se centraron en la atención inmediata, el reconocimiento de los signos de peligro, la búsqueda de atención, el manejo de las infecciones del neonato, la promoción y acompañamiento en la lactancia materna. Al respecto, se observaron sesiones de asesoramiento y evaluación de recién nacidos organizadas por consejeros utilizando una lista de verificación de supervisión estructurada, puntuación y retroalimentación escrita proporcionada al final de la observación de cada día. Los hallazgos de tales observaciones se discutieron en las sesiones mensuales de capacitación.

Los resultados evidencian que aquellas mujeres que no recibieron una visita temprana (1 a 3 días) de consejeros tenían 7,7 veces más probabilidades de tener "problemas de alimentación" durante los últimos (6–7 días) de visita. Del mismo modo, aquellos que proporcionaron algún tipo de alimentación diferente a la LME a su recién nacido tenían 2,9 veces más probabilidades de tener un problema de alimentación al final de la primera semana. Se concluye del estudio que el enfoque promocional basado en la comunicación masiva a gran escala, el asesoramiento personalizado y el apoyo práctico a las madres sobre las técnicas adecuadas de lactancia materna por parte de trabajadores capacitados deben ser parte de cualquier paquete posparto y dicho apoyo debe estar disponible en los primeros días, posiblemente dentro de las 72 horas, para un inicio exitoso de la lactancia materna (Mannan et al., 2008).

**Tabla 4. Resultados Estrategias de Transferencia del Conocimiento en Salud Mental y Nutrición**

Autor (es) año	País y Zona	ETC	Diseño	Puntos instrumento	Muestra	Edad	Descripción y/o Evaluación de la Estrategia	Hallazgos	Conclusiones
Diebold, et al., (2020)	USA / Urbano	Reuniones Educativas	Cualitativo (Descriptivo)	Caspe/ 72	88	36,4	La intervención se realizó en seis sesiones grupales de 86 minutos, abordando 3 temas: Pensamientos, actividades placenteras y apoyo social. Para prevenir y disminuir síntomas depresivos maternos.	Los participantes (madres y facilitadores) de la intervención refieren que el contenido del programa es adecuado y que el formato de grupo facilitó la comprensión de los temas. Entre los desafíos se incluyeron mantener la asistencia del grupo, problemas de transporte y generar la discusión del grupo. Los facilitadores encontraron la intervención apropiada para las madres, pero se debe generar estrategias para resolver dificultades como crisis económicas, inestabilidad de vivienda y dificultades de analfabetismo y aprendizaje.	Las mujeres embarazadas manifiestan que las intervenciones en las que participaron resultan aceptables y apropiadas, por lo que sería oportuno el probar intervenciones alternativas en la salud materno infantil.
Roman, et al., (2009)	USA / Urbano	Vistas Educativas	Cuantitativo (Experimental)	Consort/ 69	530	16-42	Se desarrolló una intervención con un equipo de enfermeras para abordar problemas en salud de las mujeres después del parto, en aras de ayudarlas a resolver problemas asociados con la pobreza que influyen en la salud y bienestar de estas. El propósito de este estudio fue	Las mujeres en el grupo de enfermeras consejeras tenían significativamente menos síntomas depresivos (-2,4 p=0,04), menos estrés percibido (-3,3 p=0,06) que el grupo control, pero no se encontraron diferencias para la autoestima (0,4 p=0,79) y el apoyo social (0,8 p=0,63). Para las mujeres con alto nivel de estrés	En general, se encontró una tendencia para la reducción del estrés (p=0,058) y mejora en el grupo de enfermeras consejeras (p=0,057). Se observó

							probar un enfoque de servicios prenatales/postnatales de proveedores mixtos que incluía visitas domiciliarias, planificación multidisciplinaria, transporte, asesoramiento psicosocial, orientación nutricional y educación sobre el embarazo y la crianza de los hijos.	inicial, la intervención condujo a una reducción significativa en síntomas depresivos (-3,8 p=0,02). Las mujeres con mucho estrés y bajos recursos psicosociales (dominio, autoestima, apoyo social) tuvieron la mayor reducción en los síntomas depresivos (-4,6 p=0,02).	una reducción significativa del estrés para las mujeres con bajos recursos psicosociales en el grupo enfermeras consejeras.
Rahman, et al., (2008)	Pakystan /Rural	Visitas Educativas	Cuantitativo (Experimental)	Consort/ 86	903	16-45	Se realizó una capacitación dirigida a trabajadores comunitarios basada en técnicas de TCC de escucha activa, colaboración con la familia, descubrimiento guiado para reestructuración cognitiva. El objetivo de la intervención fue evaluar el efecto de esta capacitación sobre la depresión perinatal en mujeres y probar la hipótesis de que el tratamiento de la depresión postparto.	Las diferencias entre los grupos de intervención y control en el peso para la edad Z-score y la talla para la edad Z-score a los 6 o 12 meses no fueron significativas, aunque a los 12 meses el número de bebés con retraso del crecimiento en el grupo de intervención fue menor que en el control. Un análisis más detallado del grupo de intervención mostró que los bebés cuyas madres todavía estaban deprimidas tenían significativamente menos Z puntuaciones a los 6 meses (peso para la edad -1,2 contra-0,73, p=0,0003; talla para la edad -0,94 contra-0,55, p=0,0033) y 12 meses (peso para la edad -2,2 contra-1,95, p=0,0149; talla para la edad- 1.5 contra-0,98, p<0,0001) que los niños cuyas madres se habían recuperado.	En una comunidad rural pobre con poco acceso a la atención de la salud mental, se incluyó una intervención mejorada basada en la TCC, en la rutina laboral de los trabajadores de la salud, la cual redujo a más de la mitad la tasa de depresión prenatal en mujeres, en comparación con aquellas que recibieron atención de rutina habitual.

Prevatt, et al., (2018)	USA /Urbano	Reuniones Educativas	Mixto (transversal)	Strobe/63	152	22-45	<p>La intervención, es un grupo de apoyo entre pares, desarrollado aproximadamente hace 20 años. Este grupo semanal, estaba liderado por antiguos asistentes y profesionales de la salud materna. El cual se ha venido realizando para aumentar el apoyo social y desestigmatizar los síntomas asociados al estado en el periodo posparto.</p>	<p>La satisfacción de los participantes fue alta con percepciones positivas del programa. Las puntuaciones de depresión posteriores a la participación fueron similares a las de la muestra comunitaria en el seguimiento (<math>p=0,447</math>).</p> <p>Entre los asistentes, los análisis previos y posteriores revelaron reducciones en los síntomas de depresión con interacciones significativas por tiempo <math>\times</math> complicaciones (<math>p \leq 0,001</math>) y tiempo <math>\times</math> método de entrega (<math>p \leq 0,017</math>).</p>	<p>Este programa de apoyo entre pares no solo fue adecuado para los asistentes al programa, sino que también proporcionó un mecanismo potencial para mejorar los resultados de salud mental.</p>
Sawyer, et al., (2019)	Australia/ Urbano	Visitas Educativas	Cuantitativo (Experimental)	Consort/81	2213	31	<p>La intervención fue realizada por enfermeras durante cuatro semanas por madre, pero por un periodo total de cuatro meses con un periodo de seguimiento de 12 meses, a través de una aplicación móvil, en la que estaban en línea para brindar ayuda con los síntomas depresivos posnatales y los problemas de crianza para las madres que se identificaron con niveles comórbidos de síntomas depresivos leves a moderados.</p>	<p>Para el análisis de la información se contó con un grupo de mujeres que participaron de la intervención (grupo intervención GI) y un grupo de mujeres que no participaron (grupo estándar GE), pero si les realizaron las evaluaciones pre y post para comparar los resultados. No se encontraron diferencias significativas en las evaluaciones relacionadas con la subescala de competencia y apego en GI y GE (<math>p=0,69</math>) ni en la Escala de Sentido de Competencia de los Padres (<math>p=0,11</math>).</p>	<p>Las madres informaron que la intervención fue útil y la aplicación se describió como fácil de usar.</p>

								Aunque si se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la medición después de 12 meses de intervención en la subescala de apego, Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, en GI y GE ( $p=0,001$ y $p= 0,04$ , respectivamente).	
Mannan, et al., (2008)	Bangladesh/Rural	Visitas Educativas	Cuantitativo (Experimental)	Consort/62	13912	15-49	Se desarrolló una intervención de asesoramiento personalizado mediante visitas educativas sobre atención materna, neonatal y complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, el cual fue complementado con el suministro de un kit de parto aséptico y tabletas de hierro y ácido fólico durante las sesiones.	Las madres que no recibieron una visita temprana (1 a 3 días) de consejeros tenían 7,7 veces más probabilidades de tener "problemas de alimentación" durante los últimos (6-7 días) de visita. Del mismo modo, aquellos que proporcionaron algún tipo de alimentación diferente a la lactancia materna a su recién nacido tenían 2,9 veces más probabilidades de tener un problema de alimentación al final de la primera semana que aquellos que no proporcionaron ningún tipo de alimentación diferente a la LME.	Los hallazgos sugieren que el apoyo psicológico para las madres que amamantaron a través de asesoramiento temprano y apoyo práctico para lograr las técnicas adecuadas, en particular la posición y el agarre, puede ayudar a la madre a prevenir y superar los problemas de alimentación en el período posparto temprano.

Sikander, et al., (2015)	Pakistán/ Rural	Reuniones Educativas	Cuantitativo (Experimental)	Consort/64	228	17-40	<p>Se desarrolló una intervención psicoeducativa combinando educación con técnicas de TCC, que se integró a la rutina laboral del personal sanitario y comunitario, y fue dirigido hacia un grupo de madres que recibió siete sesiones de asesoramiento desde el periodo prenatal hasta los seis meses posteriores al parto, mientras que el grupo control recibió el mismo número de sesiones convencionales de rutina. El estudio buscó probar la efectividad del asesoramiento TCC sobre la tasa y la duración de la LME los primeros seis meses de vida de un bebé en comparación con el asesoramiento de rutina.</p>	<p>Las madres en el grupo de intervención tenían un 60% menos de probabilidades de dejar de LME durante los primeros 6 meses en comparación con las madres en el grupo control (HR: 0,40; IC del 95 %: 0,27– 0,60, p=0,001).</p> <p>En el grupo de intervención, 43 de 180 (24 %) madres dieron a sus hijos alimentación diferente a la LME, en comparación con 74 de 169 (44 %) en el grupo control (RR ajustado: 0,51; IC del 95 %: 0,34–0,78, p = 0,01).</p> <p>A los 6 meses posparto, el 59,6 % de las madres en el grupo de intervención y el 28,6 % en el grupo control estaban con LME.</p> <p>Las madres del grupo de intervención tenían menos probabilidades de utilizar otro tipo de alimentos diferentes a la LME con sus hijos (RR ajustado, 0,51 [IC del 95 %: 0,34–0,78]).</p>	<p>Este estudio revela que, la intervención que utilizó técnicas derivadas de la TCC, tuvo éxito en aumentar significativamente la duración de la LME en entornos rurales con bajo nivel de alfabetización en Pakistán.</p>
Akter, et al., (2012)	Bangladesh/ Urbano	Reuniones Educativas	Cuantitativo (Experimental)	Consort/68	115	22	<p>La intervención buscó evaluar los efectos del asesoramiento nutricional en el tercer trimestre del embarazo sobre el aumento de peso materno, el peso del recién nacido y las prácticas de lactancia. El grupo</p>	<p>El análisis multivariado reveló que el riesgo de bajo peso al nacer fue un 88 % menor en el grupo de intervención que en el grupo de comparación (p&lt;0,001). El 75,4 % de los bebés en el grupo de</p>	<p>Los resultados de este estudio muestran una estrategia potencial</p>

							<p>de intervención recibió educación nutricional dos veces en el primer mes y una vez al mes durante los siguientes 2 meses antes del parto; el grupo de comparación recibió asesoramiento hospitalario de rutina sobre ingesta de alimentos, inmunización, higiene personal y lactancia materna. Las mujeres se pesaron mensualmente hasta el parto, los pesos al nacer de los recién nacidos se midieron dentro de las 24 horas posteriores al parto y las prácticas de lactancia materna se observaron 1 mes después del parto.</p>	<p>intervención iniciaron la lactancia dentro de la primera hora después del nacimiento, en comparación con el 34,5 % de los del grupo de comparación. El 7% de las madres en el grupo de intervención y el 24,1% del grupo de comparación iniciaron la lactancia materna entre 1 y 6 horas después del nacimiento (p=0,001).</p> <p>En el grupo de intervención, el 38,6 % de los bebés recibió alimentación con fórmula láctea después del nacimiento, en comparación con el 67,2 % en el grupo de comparación (p=0,002). La proporción de los bebés que recibieron todo tipo de alimentos diferente a la LME fueron significativamente mayores en el grupo de comparación que en el grupo de intervención.</p> <p>Un mes después del parto, la tasa de LME en el grupo de intervención era casi el doble que en el grupo de comparación (64,9 % frente a 37,9 %, p=0,003).</p>	<p>para reducir el bajo peso al nacer en Bangladesh. La educación nutricional solo durante el tercer trimestre mejoró el aumento de peso durante el embarazo, reduciendo el 78% del bajo peso al nacer y mejoró las prácticas de lactancia materna exclusiva.</p>
Ijumba., (2015)	Sudáfrica/ Urbano	Visitas Educativas	Cuantitativo (Transversal)	Consortio/ 66	3494	17 (+)	<p>La capacitación se basó en un manual compilado por expertos a partir de varios recursos de Consejería en Lactancia Materna de la</p>	<p>En el grupo de intervención, 43 de 180 (24 %) madres dieron a sus hijos alimentación diferente a la lactancia materna, en comparación con 74 de 169 (44 %) en el grupo</p>	<p>El programa realizado por trabajadores comunitarios de la salud fue eficaz para aumentar la LME y</p>

							OMS/UNICEF. La capacitación se llevó a cabo a través de dramatizaciones, demostraciones, experiencias de la vida real y debates durante las visitas educativas.	de control (RR ajustado: 0,51; IC del 95 %: 0,34-0,78, p= 0,01).	disminuir la alimentación con fórmula al igual que la alimentación mixta.
Sullivan, et al., (2011)	USA/	Reuniones Educativas	Cuantitativo (Transversal)	Strobe/70	596	26	El programa de lactancia inicialmente constaba de un consultor de lactancia materna para dos personas, posteriormente se amplió a un consultor para 3,2 personas. Las consultoras estaban certificadas para lactancia por una junta internacional. Adicionalmente, se tenía un grupo de consultoras pares (madres) que proporcionaron leche materna con éxito y/o amamantaron a sus bebés. Estos consejeros recibieron orientación y educación de los consultores de lactancia sobre la fisiología de la lactancia, las condiciones médicas infantiles y los beneficios de la lactancia materna bajo la supervisión de las consejeras certificadas, los consejeros pares brindaron apoyo emocional y técnico.	Los hallazgos de este estudio revelaron que hubo una asociación significativa entre el logro educativo y en averiguar si los consejeros siguieron las instrucciones o si tenían problemas para hacerlo (p<0,001). Adicionalmente, se pretendía identificar las necesidades de servicios sociales de las madres (p=0,001) y si estas requerían ser derivadas a agencias de servicios sociales (p<0,001) así como recursos comunitarios como el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños, bancos de alimentos o programas de capacitación laboral (p=0,001). La mayoría de los capacitados (70,7%) participaron en varios cursos/clases que también recibieron apoyo práctico durante la capacitación (p<0,001). Por su parte, se encontraron los siguientes	Se identificó una fuerte asociación entre la duración, el contenido y los tipos de apoyo que los consejeros de la lactancia brindan a sus usuarios, basándose en la comunidad como parte del programa de capacitación.

								<p>resultados, relacionados con el apoyo práctico brindado a las madres durante la consejería los cuales se asociaron significativamente con la duración de la capacitación (<math>p &lt; 0,001</math>). No obstante, hubo una asociación significativa entre la duración de la capacitación y la frecuencia de asesoramiento a las madres de manera presencial en el lugar de trabajo/organización del asesor (<math>p &lt; 0,001</math>), así como también, lo refieren el personal sanitario del cuidado de la salud de las madres considerando el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niño como apoyo adicional (<math>p = 0,007</math>).</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 9. Discusión

Se llevó a cabo una RSL, luego de surtir los procesos metodológicos previamente descritos y la muestra final quedó conformada por 10 estudios desarrollados en países como USA, Pakistán, Australia, Bangladesh y Durban entre enero de 2008 a enero de 2022; en ellos se logró analizar las ETC disponibles en la literatura internacional con alto rigor metodológico, teniendo en cuenta la propuesta de evaluación de validez interna y externa que se aplicó para cada estudio que hizo parte de esta revisión sistemática. En estos estudios se logró identificar el proceso de articulación entre el conocimiento teórico y la acción sanitaria, el cual favorece el aprendizaje en salud de forma bidireccional, participativa y colaborativa entre proveedores de servicios médicos, parteras tradicionales y comunidades, mediante reuniones y visitas educativas, entre otros espacios en los que se enfatiza el diálogo colectivo (Díaz et al., 2020).

En el proceso de revisión documental, se identificó que, instituciones como la OMS / OPS, en sus intentos por mitigar y prevenir desenlaces fatales como la MM, han venido promoviendo intervenciones transversales desde la educación (determinante intermedio), pero a pesar de los esfuerzos no han sido suficientes para evitar o prevenir riesgos a la salud materna (Castro, 2020). Por esta razón, esta RSL señala que las ETC, son un tipo de intervención en el campo de la salud materna relativamente joven, que, ligado a la Terapia Conductiva Conductual, parecen indicar un impacto favorable en aquellos desenlaces asociadas con las esferas de salud mental y nutrición, particularmente la depresión posnatal y la lactancia materna.

Para esta revisión, las intervenciones las ETC disponibles en la literatura internacional y con alto rigor metodológico halladas en los países en mención, tienen similitud en su desarrollo debido a que implementan los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC), reconocida hasta la actualidad, como un enfoque psicoterapéutico que es útil en el tratamiento de la depresión (Rahman, 2008) y ha sido utilizado en la mayoría de las intervenciones con el fin de reducir los síntomas depresivos entre las mujeres identificadas como de alto riesgo de depresión durante o después del embarazo (Kieffer, 2013). Concordante con nuestros

hallazgos, autores como Sikander et al., (2015) demostraron que el asesoramiento personalizado y basando en los principios de la TCC prolongó significativamente la duración de la LME, duplicando las tasas de lactancia a los 6 meses después del parto en comparación con el grupo control. De manera que, los principios de la TCC se pueden enseñar a trabajadores de la salud, para mejorar el bienestar materno y el cuidado del niño, mediante técnicas específicas y basadas en el enfoque que resultan útiles para aumentar la comunicación en relación con las prácticas de lactancia materna, por medio del asesoramiento entre pares.

Ahora bien, con respecto a los resultados de esta revisión, se encontró que las reuniones y visitas educativas como ETC reflejaron un impacto importante, debido a que pueden prevenir y disminuir síntomas depresivos, y fomentar las buenas prácticas en LME, teniendo en cuenta que el abordaje en esencia de estas intervenciones se enfocó en el diálogo colectivo, tanto entre el personal de salud, las mujeres y la comunidad, como entre pares, donde claramente se observó el proceso de transferencia del conocimiento y la transformación del conocimiento tácito a explícito. Por ejemplo, en el componente de LME, se observó que el asesoramiento personalizado a través del apoyo técnico y emocional por medio del material pedagógico (práctico) facilitó la explicación correspondiente a los aprendices sobre el tema, basándose en los principios de la TCC (teórico), en el contexto de visitas y reuniones educativas.

En cuanto al contenido de las ETC, se proponían didácticas y actividades pedagógicas que se desarrollaron mediante espacios de reflexión sobre temas específicos en salud materna, apoyándose en la utilización de aplicaciones móviles, cartillas y grupos de trabajo que tienen un impacto importante para las esferas de salud mental y nutrición. De manera que, con las ETC se logró modificar el comportamiento de patrones cognitivos, emocionales y conductuales, tras la participación en ejercicios que en efecto lograron cambiar experiencias y percepciones de las personas que reflejaban síntomas depresivos y baja adherencia en la práctica de la lactancia materna en el periodo posparto.

En este orden de ideas, con respecto a las reuniones educativas y de acuerdo con el estudio de Diebold, et al., (2020) desde la esfera de salud mental, se evidenció según los resultados

cuantitativos, que el 97,6% reportaron haber entendido la información relacionada con la identificación de distorsiones cognitivas que pudiesen afectar el estado anímico de las personas y, el 87,4 % indicaron que les fue útil lo aprendido con el fin de prevenir y disminuir síntomas depresivos maternos. De la misma forma, en el estudio Prevatt, et al., (2018), utilizando la misma estrategia, pero esta se llevó a cabo a través de un grupo de apoyo entre pares, liderados por profesionales de la salud materna. Las reuniones se realizaron con el fin de discutir entre pares experiencias asociadas al estado de ánimo de los asistentes en el periodo posparto y de esta manera, aumentar el apoyo social y desestigmatizar los síntomas depresivos en este periodo. Entre los resultados que reportan se enuncia la reducción de la depresión fue significativa, y está relacionada con el tiempo de intervención, así como las posibles consecuencias negativas que se pudieran presentar ( $p \leq 0,001$ ). Es decir, ambos estudios demuestran que la participación y apropiación de las estrategias permite identificar las distorsiones cognitivas mediante una técnica específica conocida como reestructuración cognitiva y acompañada por apoyo social, reflejan efectividad en la prevención y disminución de síntomas depresivos asociados (Pardo, *et al.*, 2019).

Así mismo, los resultados son prometedores en la esfera de la nutrición específicamente en el desenlace de la lactancia materna, puesto que estudios como Sikander, et al., (2015), refieren que las madres en el grupo de intervención tenían un 60% menos de probabilidades de dejar la LME durante los primeros 6 meses, en comparación con las madres del grupo control ( $p=0,001$ ); en el estudio de Akter, et al., (2012), se evidenció una disminución del riesgo de bajo peso al nacer, disminuyendo éste en un 88% en relación al grupo de comparación ( $p<0,001$ ). Por su parte, en el estudio de Sullivan, et al., (2011), demostró la fuerte asociación entre la duración y el contenido del programa ( $p<0,001$ ) con los resultados observados, demostrando que el asesoramiento personalizado, apoyo emocional y técnico, favorece las buenas prácticas y mejora la adherencia para aumentar significativamente la duración de la LME.

Con respecto a las visitas educativas, y específicamente en la esfera de la salud mental, la intervención Roman et al., (2009) incluía visitas domiciliarias, espacios de planificación multidisciplinaria, transporte, asesoramiento psicosocial, orientación nutricional y educación

sobre el embarazo y la crianza de los hijos. Con estas intervenciones, la evidencia señala una reducción del estrés en las maternas ( $p=0,058$ ), con una disminución significativa de los síntomas depresivos ( $p=0,04$ ), de la misma forma lo demuestra el estudio de Sawyer et al., (2019) ( $p=0,001$ ) y el estudio de Rahman et al., (2008) tras la realización de una capacitación dirigida por parte de los trabajadores comunitarios basada en TCC, donde se promovieron actividades de escucha activa, colaboración con la familia, descubrimiento guiado para la reestructuración cognitiva. Cuyas estrategias, redujeron a más de la mitad la tasa de depresión prenatal en mujeres, en comparación con aquellas que recibieron atención de rutina habitual.

Por otro lado, en la esfera de la nutrición, se logró evidenciar una disminución en el retraso del crecimiento de los niños a los 12 meses según se identificó en el estudio de Rahman et al., (2008). Del mismo modo, se halló una menor probabilidad de tener problemas de alimentación de acuerdo con la investigación de Mannan et al., (2008); y menor riesgo de dar alimentación diferente a la LME) según el estudio de Ijumba et al., (2015).

Hasta este punto, tanto las intervenciones para las esferas de la salud mental, como para la nutrición a nivel metodológico, es claro que desarrollaron un grupo de intervención y un grupo control, con el fin de determinar el impacto tras la realización de ETC mediante: reuniones y visitas educativas principalmente. Para estas estrategias, el proceso de aprendizaje y/o transferencia del conocimiento, se desarrolló mediante la implementación de juegos de roles, guías de práctica clínica, educación extraprofesional, entre otros espacios donde se reflejaba un proceso de articulación entre el conocimiento y la práctica sanitaria, desarrollado por pares, personal sanitario y comunidades (Effective Practice and Organization of Care, 2015).

De estos estudios Rahman et al., (2008) y Sikander et al., (2015), para las dimensiones y eventos asociados en salud mental y nutrición, utilizaron como enfoque de intervención los principios de la TCC dada su efectividad, como se viene señalando para la prevención de síntomas asociados a la depresión posparto en las mujeres, y a su vez, promover las buenas prácticas para la efectividad de la LME en los neonatos, teniendo resultados positivos en las intervenciones realizadas.

Es por lo anterior, que las ETC identificadas en esta revisión posiblemente pueden aportar a la solución de las problemáticas de la salud materna en las esferas de la salud mental y la nutrición, considerando su alcance, dado que la gran mayoría de las intervenciones se han llevado a cabo en población vulnerable, de estratos socioeconómicos bajos y algunos en población rural, lo que muestra como las condiciones estructurales tienen un impacto en la salud. Así mismo, al abordar los determinantes intermedios se logra observar a través de la educación, en la que acciones educativas generan un resultado positivo en las condiciones de vida y circunstancias de las personas, tal como lo menciona De la Guardia y Ruvalcaba (2020) que señalan como el abordaje de la educación comunitaria tiene un impacto en el costo y la eficacia, reduciendo la carga de morbilidad y mitigando las consecuencias sociales y económicas de las enfermedades.

Es importante destacar que, en los 10 estudios que se vienen discutiendo, reiteran el rol del personal en salud como elemento clave respecto a la atención del parto, la lactancia, planificación familiar y acompañamiento psicológico. Esto asociado a que la esencia de la transferencia del conocimiento se relaciona con la comunicación interpersonal y el fortalecimiento de los niveles de confianza entre las mujeres gestantes y el personal de salud, lo cual resulta como una estrategia prometedora y eficaz en varios contextos y zonas rurales/urbanas respecto a la promoción y prevención en salud de las mujeres (Adatara et al., 2018).

Los resultados evidencian que la transferencia del conocimiento se encuentran en el patrón de aceptación y satisfacción tanto por las mujeres, familias, comunidades y el personal en salud acerca de la implementación de las ETC, lo cual puede llegar a fortalecer la comunicación bidireccional con las mujeres y el personal sanitario, demostrando un impacto importante en el mejoramiento de salud materna perinatal y neonatal, como también en un intento por reducir la MM, como estrategia diferenciada, por lo que se requieren estudios que den cuenta a profundidad de esta situación en regiones diferentes de USA, Pakistán, Australia, Bangladesh y Durbán (Diebold et al., 2020).

En términos generales, los hallazgos de esta revisión demostraron que los espacios de formación facilitan el entrenamiento teórico y práctico en aras de desarrollar ETC como

resultado del trabajo articulado entre profesionales, técnicos y personal tradicional en salud (Graham et al., 2006). Estas estrategias en esencia fomentan la enseñanza en áreas concretas de salud reproductiva con la transmisión de mensajes de prevención y promoción en salud materna y neonatal, basadas en un enfoque biomédico, que son implementadas con el apoyo de herramientas pedagógicas digitales y material educativo, lo cual permite reforzar aprendizajes y facilitar las prácticas de atención en salud y prevenir desenlaces fatales como las MM y neonatal.

Entre las fortalezas de esta RSL, es que fue llevada a cabo por pares en cada fase de análisis y revisión documental acorde a la metodología propuesta, lo cual implicó alto rigor e inversión en el tiempo destinado frente al abordaje minucioso de cada estudio, teniendo en cuenta la parametrización estimada. En este sentido, la búsqueda exhaustiva de la literatura y tal como lo indica el grupo Cochrane, se realizó para prevenir el riesgo de sesgo y durante el desarrollo de esta RSL se consultó la información en varias bases de datos incluyendo ensayos controlados, ensayos clínicos prospectivos y otros registros especializados que pueden ser hallados en bases como: MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, Web of Science, LILACS, con el fin de hallar información relevante y concordante con la metodología propuesta.

Otra fortaleza, se relaciona con el hecho de proponer en este estudio la aclaración parcial de la terminología relacionada con intercambio, traducción y transferencia del conocimiento, con la correspondiente taxonomía o clasificación de las principales ETC halladas en la literatura, donde a su vez, se sintetizan algunas de las estrategias seleccionadas para esta revisión a nivel metodológico entre el periodo de enero de 2008 y enero de 2022. Estas se vienen proponiendo en países como USA, Pakistán, Australia, Bangladesh y Durban, dentro del campo de la salud materna para prevenir desenlaces fatales como la MM. No obstante, esta revisión corrobora y muestra el impacto que puede tener el hecho de formular y/o desarrollar ETC basadas en los principios de la TCC, que no solo resulta un enfoque terapéutico funcional dentro del campo de salud mental, sino que la evidencia sustenta el hecho que tiene un impacto importante en campos como la nutrición.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, en primer lugar, se relaciona con las barreras en el acceso de la literatura en diferentes bases de datos, debido que, en algunos casos para obtener los estudios, se requería un pago para acceder a estos, como también parte de la información ya no se encontraba disponible en la red. En este sentido sería prudente contar con algún tipo de apoyo financiero para acceder a toda la información que se requiera.

En segundo lugar, se presentó otra potencial limitante al profundizar en la información encontrada. Al inicio se obtuvo una muestra de 8.238 estudios, de los cuales 6.848 no cumplieron con los criterios de inclusión, debido a que 2.862 de estos se relacionaban con otro tipo de publicación diferente, 760 a otro tipo de población, 450 estudios duplicados, 204 indicaban otros desenlaces, y 204 estudios se ubicaban en otros idiomas. Al final de esta selección se clasificaron 106 estudios, excluyendo 73, porque no describían o evaluaban claramente una ETC (n=54) o porque no estaban disponibles en la red (n=19) (Ver Figura 2).

Otra limitación se relaciona con la interpretación de la terminología referente a intercambio, transferencia y traducción del conocimiento, lo cual se presentó como un reto en la fase inicial de búsqueda de los artículos en las bases de datos, dada la confusión y similitud de los términos en los tesauros, debido a que estos conceptos varían en los diferentes idiomas, lo cual ha generado múltiples interpretaciones.

Una cuarta limitación se relacionó con la no disposición de información cuantitativa suficiente sobre los desenlaces clínicos de interés en la presente revisión. Por ejemplo, en salud mental se buscaron estudios donde se tuviese en cuenta desenlaces y variables de interés como depresión postparto, ansiedad, estrés postraumático y conducta suicida, sin embargo, dentro de los estudios incluidos y hallados en la literatura, solo se encontró información descriptiva lo cual no permitió generar análisis más robustos.

Del mismo modo, para la esfera de nutrición inicialmente se tuvieron en cuenta variables como: Duración de la lactancia materna total en meses, duración de la lactancia materna exclusiva en meses, proporción de lactancia materna entre 3 meses y 6 meses, proporción de lactancia materna exclusiva a los 3 o a los 6 meses, tasa de iniciación de la lactancia materna, satisfacción materna, complicaciones de la lactancia materna,

complicaciones del neonato. Sin embargo, pese al interés de hallar datos específicos en estos desenlaces, solo cuatro estudios valoraron la duración de la lactancia materna exclusiva en meses y la tasa de iniciación de la lactancia materna, mientras que, dos de los estudios identificados en esta categoría consideraron complicaciones de la lactancia materna y uno las complicaciones del neonato. De manera que, la presentación de los datos al ser insuficientes no permitió realizar un análisis estadístico a profundidad para el desarrollo de un metaanálisis como se tenía previsto al inicio del proyecto.

En ese orden de ideas, se recomienda en futuras investigaciones profundizar en estudios sobre propuestas de ETC no solo en la salud materna sino en otras problemáticas de la salud en esta población, que permitan hacer un abordaje integral, que afectan a personas y en países en desarrollo. Se sugiere que nuevos estudios profundicen en el diseño, metodología, recolección y análisis de información cuantitativa utilizada, que permita a su vez, evaluar los resultados de cada una de las intervenciones que se lleven a cabo.

## 10. Conclusiones

La presente RSL evidenció que las estrategias de transferencia del conocimiento disponibles en la literatura a nivel internacional implementadas por personal profesional, técnico, y tradicional en salud tienen un impacto positivo en el mejoramiento de la nutrición y la salud mental en la atención materna, perinatal y neonatal.

Se identificaron diez estudios como producto final de la RSL, los cuales fueron cinco de la esfera en salud materna y cinco en nutrición. De la totalidad de los estudios incluidos fueron identificados con mediano/alto rigor metodológico, debido a que obtuvieron un puntaje promedio del instrumento de evaluación de 70,4% propuesto para la presente investigación, indicando un rango aceptable para la inclusión. Las investigaciones se desarrollaron en USA (cuatro estudios), Pakistán (dos estudios), Bangladesh (dos estudios), Australia (un estudio), y uno en Durban. Así mismo y de acuerdo con el tipo de estudio se clasificaron en ocho estudios cuantitativos, un estudio mixto y un estudio cualitativo. Seis se identificaron con diseño experimental, tres de tipo transversal y uno de descriptivo.

Respecto a los desenlaces de interés abordados, no se encontraron medidas de asociación para estimar el efecto de todos los estudios relacionados en salud mental y nutrición, debido a que solo se hallaron resultados descriptivos con respecto a depresión posparto y estrés, al igual que en nutrición, específicamente aquellos relacionados con LME y con complicaciones del neonato. En este sentido, no se tenían variables en común para realizar una comparación y una trazabilidad específica que pudiese desarrollar un metaanálisis seguido a esta RSL.

De las ETC implementadas en los estudios, se identificó que la mitad de los estudios desarrollaron visitas educativas y los restantes, reuniones educativas las cuales reflejaron un importante efecto, debido a que podían prevenir y disminuir síntomas depresivos, y fomentar las buenas prácticas en LME, teniendo en cuenta que el abordaje en esencia de estas intervenciones se enfocó en el diálogo colectivo, tanto entre el personal de salud con las mujeres y con la comunidad como entre pares.

Finalmente, se determinó que las ETC son un tipo de intervención en el campo de la salud materna, que ligado a la TCC presentan un impacto favorable en la prevención de desenlaces como nutrición perinatal y salud materna.

### Referencias Bibliográficas

- Abajo, F. (2001). La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente? *Revista Esp. Salud Publica*, 75, 407–420. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272001000500002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000500002)
- Adatara, P., Afaya, A., Baku, E. A., Salia, S. M., & Asempah, A. (2018). Perspective of Traditional Birth Attendants on Their Experiences and Roles in Maternal Health Care in Rural Areas of Northern Ghana. *International Journal of Reproductive Medicine*, 2018, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2018/2165627>
- Akter, S. M., Roy, S. K., Thakur, S. K., Sultana, M., Khatun, W., Rahman, R., ... & Alam, N. (2012). Effects of third trimester counseling on pregnancy weight gain, birthweight, and breastfeeding among urban poor women in Bangladesh. *Food and nutrition bulletin*, 33(3), 194-201. <https://doi.org/10.1177/156482651203300304>
- Alarcón Prieto, M. F., Gallo García, D. F., & Rincón Lozada, C. F. (2020). Riesgos prenatales, perinatales y neonatales asociados a signos neurológicos blandos. *Revista Cubana de pediatría*, 92(1).
- Albrecht, L., Archibald, M., Arseneau, D., & Scott, S. D. (2013). Development of a checklist to assess the quality of reporting of knowledge translation interventions using the Workgroup for Intervention Development and Evaluation Research (WIDER) recommendations. *Implementation Science*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-52>
- Benach, J., Friel, S., Houweling, T., Labonte, R., Muntaner, C., Schrecker, T., & Simpson, S. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization Geneva.
- Cano Arana, A., González Gil, T., & Cabello López, J. B. (2010). CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. *CASPe. Guías CASPe de lectura crítica de la literatura médica*. Alicante: CASPe, 3-8.

- Carmona-Meza, Z., & Parra-Padilla, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano Social determinants of health: analysis from the colombian context. *Barranquilla (Col.)*, 31(3), 608–620.
- Castro Arachu. (2020). *Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe*. PNUD LAC C19 PDS No. 19. <https://www.unicef.org/lac/media/16356/file/cd19-pds-number19-salud-unicef-es-003.pdf>
- CEPAL. (2017). *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe*. <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
- Cerda, J.L., & Villarroel Del L, P. (2008). *Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa*. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062008000100008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000100008)
- Cheucarama, I. 2021. Entrevista a líder indígena Wounaan, definición de educación tradicional.
- Cubillos, J. M. M. (2020). *Boletines Poblacionales 1: Población Indígena Oficina de Promoción Social*.
- De La Guardia, M. A., & Ruvalcaba, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Epub 29 de junio de 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Defensoría del Pueblo (2016). *Problemática humanitaria en la región pacífica colombiana*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2017/11053.pdf>
- Díaz, D., Montoya, S., Cáceres, S., Hernández, Y., Zapata, A., Mejía, D., De La Torre, A., Caballero, Y., & Yepes, Y., (2020). *Estrategias de intercambio de conocimiento entre profesionales de la salud, parteras y trabajadores comunitarios para el mejoramiento de la salud materna a nivel nacional e internacional. Revisión Sistemática de la literatura y metaanálisis*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/8U532>

Diebold, A., Segovia, M., Johnson, J. K., Degillio, A., Zakieh, D., Park, H. J., ... & Tandon, S. D. (2020). Acceptability and appropriateness of a perinatal depression preventive group intervention: a qualitative analysis. *BMC health services research*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5031-z>

Effective Practice and Organization of Care. (2015). EPOC Taxonomy – topics list. *EPOC Taxonomy*, 1-11. Retrieved from [epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy](http://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy)

Field, N., Cohen, T., Struelens, M. J., Palm, D., Cookson, B., Glynn, J. R., ... & Abubakar, I. (2014). Strengthening the Reporting of Molecular Epidemiology for Infectious Diseases (STROME-ID): an extension of the STROBE statement. *The Lancet infectious diseases*, 14(4), 341-352.

Frieden, T. R. (2010). A framework for public health action: the health impact pyramid. *American journal of public health*, 100(4), 590-595.

Gitirana, J. V. A., Fonseca, R. M. B. P. da, Piloneto, F. M., Bevilaqua, L. F. G., Assis, I. de, & Cardoso, R. de O. (2021). Educación sanitaria para la prevención de enfermedades: revisión de la literatura. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 134–147. <https://doi.org/10.32749/NUCLEODOCONHECIMENTO.COM.BR/SALUD/EDUCACION-SANITARIA>

Glanz, K., Barbara, K., Rimer, K., & Viswanath. (2008). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. 4th Edition, Jossey-Bass, San Francisco. Chapter I y II.

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26 (1), 13–24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>

Herath, T., Guruge, D., Fernando, M., Jayarathna, S., & Senarathna, L. (2018). The effect of a community based health promotion intervention to change gender norms among women in a rural community in Sri Lanka. *BMC Public Health*, 18(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/S12889-018-5914-7/TABLES/5>

Hoekstra F, Mrklas KJ, Khan M, McKay RC, Vis-Dunbar M, Sibley KM, et al (2020). A review of reviews on principles, strategies, outcomes and impacts of research partnerships approaches: A first step in synthesising the research partnership literature. Vol. 18, Health Research Policy and Systems. BioMed Central Ltd.

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>

Ijumba, P., Doherty, T., Jackson, D., Tomlinson, M., Sanders, D., Swanevelder, S., & Persson, L. Å. (2015). Effect of an integrated community-based package for maternal and newborn care on feeding patterns during the first 12 weeks of life: a cluster-randomized trial in a South African township. *Public health nutrition*, 18(14), 2660-2668. <https://doi.org/10.1017/S1368980015000099>

Karolinski, A., Mercer, R., Micone, P., Ocampo, C., Salgado, P., Szulik, D., Swarcz, L., Corte, V. R., Fernández Del Moral, B., Pianesi, J., & Balladelli, P. P. (2015). Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 37(4-5), 351-359. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/351-359>

Ijumba, P., Doherty, T., Jackson, D., Tomlinson, M., Sanders, D., Swanevelder, S., & Persson, L (2015). Effect of an integrated community-based package for maternal and newborn care on feeding patterns during the first 12 weeks of life: a cluster-randomized trial in a South African township. doi: 10.1017/S1368980015000099. Epub 2015 Feb 9.

López, O., Canga, N., Mujika, A., Pardavila, M. I., Belintxon, M., Serrano, I., y Pumar, M. (2017). Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 269–272. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2016.10.011>

Malagón Rojas JN, Pinzón Silva DC, Rosero T. LE, Pardo-Bayona M, Téllez E (2021). The Consultation in the Times of WhatsApp: A Quick Review of the Literature. *Psicología desde el Caribe*. Mar 3;37(2):1–14.

Maldonado-Durán, J. M. (2011). *Salud mental perinatal*. OPS.

- Malla, C., Aylward, P., & Ward, P. (2018). Knowledge translation for public health in low- and middle- income countries: a critical interpretive synthesis. *Global Health Research and Policy* 2018 3:1, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S41256-018-0084-9>
- Mannan, I., Rahman, S., Sania, A., Seraji, H., Arifeen, S., Winch, P., Darmstadt, G., & Baqui, A (2008). Can Early Postpartum Home Visits by Trained Community Health Workers Improve Breastfeeding of Newborns?. *J Perinatol*; 28(9): 632–640. doi:10.1038/jp.2008.64.
- Medina, F., María, I., Fernández, G., & Tamara, C. (2013). Enfermería Global y Perspectiva de Género. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 1–9.
- Melo-Becerra, L. A., Ramos-Forero, J. E., & Hernández-Santamaría, P. O. (2017). Higher education in Colombia: Current situation and efficiency analysis. *Desarrollo y Sociedad*, (78), 59-111. <https://doi.org/10.13043/DYS.78.2>
- MinCultura (2014). *Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del pacífico*. Asoparupa - Asociación de Parteras Unidas del Pacífico. <http://patrimonio.mincultura.gov.co/siteassets/paginas/plan-especial-de-salvaguardia-de-los-saberes-asociados-a-la-partería-afro-del-pacífico/20-parter%C3%ADa%20afro%20del%20pac%C3%ADfico%20-%20pes.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Perfiles y competencias profesionales en salud. Perspectiva de los profesionales, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Boletín de salud mental Conducta suicida

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Plan Decenal de Salud Pública.

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). *Salud maternal*. Retrieved March 14, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G, et al (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine [Internet]. Jul [cited 2022 Mar 13];6(7):e1000097. Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>

Morán Rodríguez, M., Naveiro Rilo, J. C., Blanco Fernández, E., Cabañeros Arias, I., Rodríguez Fernández, M., & Peral Casado, A. (2009). Prevalencia y duración de la lactancia materna: Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutrición hospitalaria*, 24(2), 213-217. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112009000200017](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200017)

Muñoz Bravo, S. F., Castro, E., Castro Escobar, Z. A., Narvaez, N. C., & Ortega Rodriguez, D. M. (2012). Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. *Revista Salud UIS*, 44(1). <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343835704005.pdf>

Naciones Unidas (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) Agenda de Desarrollo Post-2015 de la Organización de las Naciones Unidas*. <https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/Spanish2015.pdf>.

- Naciones Unidas (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3)*, Santiago. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf)
- Noreña-Herrera, C., Leyva-Flores, R., Palacio-Mejía, L. S., & Duarte-Gómez, M. B. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 2635-2648. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00016515>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Novena Conferencia Internacional de Instituciones Nacionales para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos Nairobi (Kenya)*, 21 a 24 de octubre de 2008. Declaración de Nairobi. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Countries/NairobiDeclarationSp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724\\_spa.pdf;jsessionid=61DF800EA81C8FFA805DB39543FB37A1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf;jsessionid=61DF800EA81C8FFA805DB39543FB37A1?sequence=1)
- Organización Mundial de Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de Salud (1991). Declaración de Sundvall sobre los ambientes favorables de la salud. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59967/WHO\\_HED\\_92.1\\_spa.pdf;jsessionid=7BD1564109FDD0509CC6FAFF9275F496?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59967/WHO_HED_92.1_spa.pdf;jsessionid=7BD1564109FDD0509CC6FAFF9275F496?sequence=1)
- Organización Mundial de Salud (2009 a). *La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud*. [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)

Organización Mundial de Salud (2009 b). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. <https://www.binasss.sa.cr/opac->

[ms/media/digitales/Subsanar%20las%20desigualdades%20en%20una%20generaci%20n.%20Alcanzar%20la%20equidad%20actuando%20sobre%20los%20determinantes%20de%20la%20salud.pdf](https://www.binasss.sa.cr/opac-)

Organización Mundial de Salud. (2008). Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health Commission on Social Determinants of Health final report closing the gap in a generation contents. [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)

Organización Mundial de Salud (2016). 9.<sup>a</sup> Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Acuerdo de dirigentes mundiales para promover la salud en pro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.who.int/es/news/item/21-11-2016-9th-global-conference-on-health-promotion-global-leaders-agree-to-promote-health-in-order-to-achieve-sustainable-development-goals>

Organización Mundial de Salud (2019). *Mortalidad Materna*. Retrieved October 13, 2022, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organización Mundial de Salud (2022). Salud mental: Fortalecer Nuestra Respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Panamericana de la Salud (2000). *Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. México, D.F., México 5 al 9 de junio de 2000*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/[https://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/dip\\_lsp/5ta\\_conferencia.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/dip_lsp/5ta_conferencia.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2005). *Promoción de la salud recibe nuevo impulso desde Bangkok*. [https://www3.paho.org/spanish/dd/pin/ahora22\\_nov05.htm](https://www3.paho.org/spanish/dd/pin/ahora22_nov05.htm)

Organización Panamericana de la Salud (2007). Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia. Experiencias de acción intersectorial en Colombia para la equidad en salud de las minorías étnicas. Documento elaborado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Retrieved March 14, 2022, from <https://www.paho.org/col/dmdocuments/Equidad%20en%20salud.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2008). CIE-10. Clasificación de Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Pp. 317. <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2012). Determinantes e inequidades en salud - Capítulo 2. [https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=es](https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, from <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>

Organización Panamericana de la Salud (2022). Lactancia materna y alimentación complementaria - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2007). Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y El Caribe. Lactancia materna y alimentación complementaria - OPS/OMS <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>

Pablos, A., & Shademani, R. (2006). *Knowledge translation in global health. Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 81–86. <https://doi.org/10.1002/CHP.54>

- Pardo Cebrián, R. (2019). *El debate en reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Resumen ejecutivo. (2014). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/13.Plan-Decenal-de-Salud-Publica-2012-2021-Resumen-ejecutivo.pdf>
- Prevatt, B. S., Lowder, E. M., & Desmarais, S. L. (2018). Peer-support intervention for postpartum depression: Participant satisfaction and program effectiveness. *Midwifery*, *64*, 38-47. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.009>
- PRISMA Statement. PLOS Medicine [Internet]. Jul [cited 2022 Mar 13];6(7):e1000097.
- Rahman, A., Malik, A., Sikander, S., Roberts, C., & Creed, F. (2008). Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, *372*(9642), 902-909. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61400-2.
- Roman, L. A., Gardiner, J. C., Lindsay, J. K., Moore, J. S., Luo, Z., Baer, L. J., ... & Paneth, N. (2009). Alleviating perinatal depressive symptoms and stress: a nurse-community health worker randomized trial. *Archives of women's mental health*, *12*(6), 379-391. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0083-4>
- Sawyer, A., Kaim, A., Le, H. N., McDonald, D., Mittinty, M., Lynch, J., & Sawyer, M. (2019). The effectiveness of an app-based nurse-moderated program for new mothers with depression and parenting problems (eMums Plus): pragmatic randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, *21*(6), e13689. doi:10.2196/13689
- Shamshiri, H., Azargashb, E., Beyraghi, N., Defaie, S., & Asbaghi, T. (2015). Effect of Telephone-Based Support on Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4518494/>

- Sikander, S., Maselko, J., Zafar, S., Haq, Z., Ahmad, I., Ahmad, M., ... & Rahman, A. (2015). Cognitive-behavioral counseling for exclusive breastfeeding in rural pediatrics: a cluster RCT. *Pediatrics*, 135(2), e424-e431. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1628>
- Silva, M. (2021). *Revisión sistemática de la literatura Comunidades de práctica como estrategia comunitaria en las organizaciones*. Trabajo de grado. Universidad del Rosario. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/33397/SilvaBustamante-Manuela-2021.pdf?sequence=9>
- Sullivan, E. M., Bignell, W. E., Andrianos, A., & Anderson, A. K. (2011). Impact of education and training on type of care provided by community-based breastfeeding counselors: a cross-sectional study. *International breastfeeding journal*, 6(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-6-12>
- UNFPA (2021). Report The State of the World is Midwifery. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302.pdf>
- UNFPA (2022). Salud Materna. <https://lac.unfpa.org/es/temas/salud-materna>
- UNICEF (2015). *Lactancia materna*. <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
- Urbina Fuentes, M. & González Block, M. A. (2012). La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. *Instituto Nacional de Salud Pública*. [https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/131209\\_determinantesSociales.pdf](https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf)
- Velasteguí Hernández, D., & Mayorga Lascano, P. (2021). Estados de ánimo, ansiedad y depresión en estudiante de medicina durante la crisis sanitaria COVID-19. Pp 10-20. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5iss9.2021pp10-20p>
- VillaAndrada, J., Ruiz, E., & Ferrer, J. (2006). *Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud Documento 4*. <https://docplayer.es/7631905-Antecedentes-y-concepto-de-educacion->

[para-la-salud-documento-de-apoyo-a-las-actividades-de-educacion-para-la-salud-documento-4.html](#)

Welch, V., Ueffing, E., & Tugwell, P. (2009). Knowledge translation: An opportunity to reduce global health inequalities. *Journal of International Development*, 21(8), 1066–1082.