

Efectividad de una intervención educativa en la identificación de signos de alarma y morbilidad del recién nacido

Carol Robles¹, Kattia Ochoa-Vigo²

Robles C, Ochoa-Vigo K. Efectividad de una intervención educativa en la identificación de signos de alarma y morbilidad del recién nacido. *Cuid salud*, jul-dic 2014; 1(2).

RESUMEN

Objetivo: evaluar la efectividad de una intervención en la identificación de signos de alarma en el recién nacido y en la disminución de atención por morbilidad, en madres adolescentes. **Materiales y métodos:** estudio cuantitativo, diseño cuasiexperimental pre y postest, realizado en el Centro Materno Infantil SJM-Lima entre agosto-diciembre/2012; con un muestreo no probabilístico de 60 madres adolescentes y sus RN. Para recolectar los datos se utilizó como técnica la revisión documentaria (HC) y entrevista, y como instrumento un cuestionario y una guía de registro. La intervención educativa comprendió una sesión con diálogo abierto y demostraciones utilizando video, maqueta y tríptico. Para el análisis de datos se usó el programa SPSS versión 12.0, utilizando la prueba T para igualdad de medias (muestras independientes) y la estadística descriptiva. El proyecto fue aprobado por comité de ética en investigación. **Resultados:** respecto al conocimiento en el pretest, la media del grupo control fue $17,56 \pm 3,14$ y del experimental $18,66 \pm 2,84$ sin diferencia significativa entre grupos. En el postest, luego de la intervención educativa, la media del grupo control fue de $20,33 \pm 3,17$ y del experimental $35,00 \pm 1,38$ con diferencia significativa; además que los RN del grupo experimental presentaron menos enfermedades y hospitalizaciones. **Conclusiones:** la intervención fue efectiva, por el incremento del conocimiento, la atención precoz al RN y la disminución de las atenciones por morbilidad.

Palabras clave: recién nacido, embarazo adolescente, signos de alarma, enfermería.

Robles C, Ochoa-Vigo K. Effectiveness of an educational intervention on identifying warning signs and morbidity of newborn among teenage mothers. *Cuid salud*, jul-dic 2014; 1(2).

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of an intervention in identifying warning signs of the newborn and in reducing attention for morbidity among teenage mothers. **Materials and methods:** Quantitative, quasi-experimental design with pre and post-test, conducted in a maternal-infant health center/SJM-Lima, with a nonrandom sample of convenience of 60 teenage mothers and their NB. To collect the data was used as document review technique and interview, as instruments were used a questionnaire and a registration guide. The intervention included a session with open dialogue and support for video demonstrations, models and brochures. For data analysis using SPSS version 12.0, using descriptive statistics and t-test for equality of means (independent samples) **Results:** The average pre-test knowledge of the control group was 17.56 ± 3.14 and 18.66 ± 2.84 experimental with no significant difference between groups. In the post-test after the intervention, the mean for the control group was 20.33 ± 3.17 and 35.00 ± 1.38 experimental with significant difference, besides the RN in the experimental group had less disease and hospitalizations. **Conclusions:** The intervention was effective to increase knowledge, to promote early attention to RN, reducing morbidity cases.

Keywords: Newborn, teen pregnancy, warning signs, nursing.

¹ Licenciada Enfermera. Egresada de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, afiliada a la Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú. ² Doctora en Enfermería. Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú

INTRODUCCIÓN

La UNICEF¹ afirma que el 38% de los 10,1 millones de muertes de niños menores de cinco años registrados anualmente en el mundo, ocurren durante el período neonatal. Siendo que las muertes generalmente se desenlazan en el hogar y sin contacto con el sistema de salud.

Al respecto, el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) indica que en Perú, Bolivia y Chile existen registros entre 12,7-15,7% de adolescentes que ya son madres o están embarazadas; mientras que en Ecuador, Colombia y Venezuela este porcentaje alcanza casi el veinte por ciento. En este contexto, se estima que en la actualidad de los 6.9 millones de adolescentes mujeres de entre 15 y 19 años de edad de la Subregión Andina, alrededor de 1.2 millones (18%) ya son madres o se encuentran actualmente embarazadas.²

En el Perú, el Ministerio de Salud, citando al censo del 2000 realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI,³ reporta que la tasa de mortalidad neonatal fue de 23,0 neonatos por 1000 nacidos vivos, cifra que disminuyó a 11 neonatos por 1000 nacidos vivos al 2010. Situación que sería aún menor si se aplican medidas de prevención básica y una atención oportuna al recién nacido - RN.

Un estudio realizado el 2006 en el país,⁴ indica que las madres adolescentes no cuentan con el conocimiento y práctica suficientes sobre el cuidado al RN; evidenciando la necesidad de fortalecer esta capacidad. Entre tanto, luego de desarrollar una intervención educativa en esa población sus resultados muestran variación significativa en el conocimiento y el cuidado al RN, al comparar el pretest con el postest.

Frente a esta situación, tanto la OMS como la UNICEF,⁵ basados en diversos estudios, indican que las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida al neonato para supervisar los cuidados que realiza la madre adolescente y, retroalimentar las acciones de cuidado, aumenta substancialmente la supervivencia del bebe, previniendo entre el 30% y 61% de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada.

Acorde con estas recomendaciones para las madres adolescentes y el cuidado al RN, este estudio desarrolla una intervención educativa con participación del profesional de enfermería,

promoviendo un mejor cuidado al binomio madre-niño, dado que aún es elevada la mortalidad neonatal en el país; reconociendo que las actividades preventivo-promocionales constituyen tecnologías de baja complejidad y coste en el sistema sanitario. De ese modo, el objetivo fue evaluar la efectividad de una intervención educativa, en la identificación de signos de alarma del RN y en la disminución de atenciones por morbilidad en una institución sanitaria, en madres adolescentes atendidas en el Centro Maternoinfantil Manuel Barreto del distrito de San Juan de Miraflores-Lima.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de enfoque cuantitativo, diseño cuasiexperimental, con pre y postest, realizado en el Servicio Alojamiento Conjunto del Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto/ San Juan de Miraflores-Lima, durante agosto-diciembre 2012. La muestra fue no probabilística mediante muestreo por conveniencia, participando en cada grupo de estudio 30 madres adolescentes y sus RN (experimental y control), teniendo como criterios de inclusión: edad entre 15-19 años, primiparidad y RN a término vigoroso (con 9 de apgar al minuto), con participación voluntaria y autorización del padre o tutor. Como criterios de exclusión se consideraron: parto de alto riesgo y complicación durante el trabajo de parto.

En la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario basado en dibujos y una guía de registro (de las acciones a tomar por la madre en casa, cuando identifique un signo de alarma en el RN). Ambos fueron diseñados por la autora basado en la revisión de la literatura, los cuales fueron sometidos a juicio de expertos conformado por 10 peritos, entre ellos una emergencista pediátrica, quienes sugirieron mejorar los dibujos para facilitar su reconocimiento e interpretación por las madres. Los resultados mostraron una alta concordancia entre jueces (prueba binomial $\alpha=0,02$).

Luego de esta fase, el cuestionario fue sometido a confiabilidad mediante prueba piloto, en la que participaron 30 madres asistentes al nosocomio, cuyos resultados lo calificaron como bueno (Alfa de Chronbach $\alpha=0,88$). Proceso que fue omitido en la guía de registro porque solo sería llenado por el investigador.

El cuestionario contiene dos partes: datos generales y contenido propiamente dicho, este último con 18 preguntas de respuestas múltiples (A, B y C) sobre los signos de alarma en el RN,

cuyos puntuaciones tuvieron un valor de 2, 1 y cero respectivamente, alcanzando un máximo de 36 puntos y mínimo de cero. Cuanto a la guía, se compone de tres partes: una lista de signos de alarma del RN (11 ítems), las acciones que debía realizar la madre ante un signo de alarma, número de veces que acude a emergencia (01 ítem), número de veces que fue hospitalizado el RN (01 ítem), número de días de hospitalización del RN (01 ítem) y diagnóstico médico registrado en la historia clínica - HC. Dicho registro fue llenado por la investigadora en la visita domiciliaria y luego verificado la información en la HC, además de los diagnósticos médicos. El signo de alarma era registrado con presencia (1) o ausencia (cero) por semana durante el mes de seguimiento, resaltando si la acción de cuidado fue inmediata o tardía (de dos horas a cinco horas después del evento).

El contacto con la adolescente fue realizado a su ingreso a sala de profilaxis y alojamiento conjunto; una vez explicado el objetivo del estudio se solicitaba su autorización mediante la firma del asentimiento y/o consentimiento informado. Luego, se aplicaba el cuestionario, correspondiente al pretest (tiempo aproximado de 10 minutos). En un tercer momento, para conformar los grupos de estudio, se utilizó tarjetas de color: verde (experimental) o roja (control), con el fin de dividir al azar los grupos.

La intervención en el grupo experimental fue individual o en pequeños grupos (máximo tres madres) de acuerdo al enrolamiento de las madres. En el proceso interactivo se utilizó el diálogo considerando las expectativas de la madre adolescente, bajo el enfoque de la Teoría de Ramona Mercer,⁶ quien refiere que la propia inmadurez de la adolescencia no ofrece los recursos necesarios para brindar cuidados al RN; el cual dependerá del grado de relación y vínculos afectivos establecidos en el binomio madre-hijo y, en la capacidad de que la madre sepa interpretar sus necesidades (hambre, dolor) expresadas a través del llanto.

La intervención constó de una única sesión de 45 minutos abordando como temas: El RN, Contacto piel a piel, Signos de alarma y Acciones a tomar (ante un signo de alarma); al finalizar se recapitulaba los signos de alarma y las acciones a considerar ante la presencia de cada signo.

Se utilizaron como técnicas de apoyo demostraciones e instrumentos tipo rotafolio (ayuda memoria), video (para signos de alarma) y

maqueta (para demostrar cuidado del cordón umbilical); entregando un tríptico como resumen sobre los signos de alarma. Dicha intervención se retroalimentó a los 28-30 días en la visita domiciliaria según necesidad de la adolescente, actividad ejecutada luego de haberse aplicado el cuestionario (postets) y la guía de registro (única vez).

Respecto al grupo control, las madres recibían la rutina del servicio compuesto de una exposición oral realizada por la enfermera, en la que se destacaba tres signos de alarma (duerme más de lo acostumbrado, no lacta y fiebre), sin dar importancia a los controles del RN al 7^{mo} y 15^{vo} día; siendo anexado una pequeña lista de los signos de alarma en la boleta de pago. Y, en consideración a la ética en investigación, al finalizar el estudio en la visita domiciliaria se desarrolló con estas madres la intervención educativa, luego de la recolección de datos.

Los datos obtenidos se digitaron y procesaron en Microsoft Excel 2007, haciendo uso de la estadística descriptiva y, para comparar los grupos, la prueba T para igualdad de medias para muestras independientes y, la prueba exacta de Fisher, para las proporciones, considerando una significancia de $p < 0,05$, con un intervalo de confianza de 95%. Se destaca que el proyecto fue aprobado por el Comité de ética en investigación del Hospital María Auxiliadora (HMA-CIEI-N° 0059).

RESULTADOS

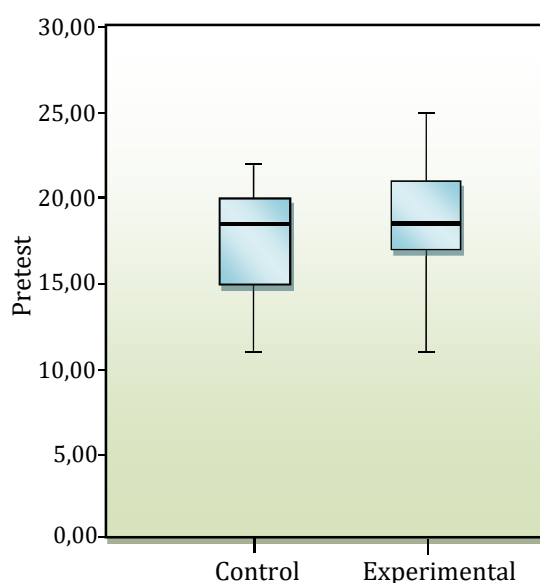
Tabla 1: Características sociodemográficas de las madres adolescentes según grupo de estudio. CS Materno Infantil Manuel Barreto. Agosto-Diciembre 2012.

	Características sociodemográficas	Grupos de estudio		Valor de "p" (*)
		Control n=30 (%)	Experimental n=30 (%)	
Edad	Mayor de 15 años	100	100	0,26
Vive con su	Padre	46,7	40,0	0,79
	Madre	16,7	13,3	1,00
	Pareja	33,3	40,0	0,78
	Hermanos	3,3	6,7	1,00
Escolaridad	Secundaria completa	13,3	33,3	0,00
	Secundaria incompleta	80,0	60,0	0,05
	Primaria completa	6,7	6,7	0,60
	Empleo formal	3,3	6,7	1,00
Ocupación	Negocio en mercado	20,0	16,7	1,00
	Negocio en casa	16,7	3,3	0,01
	Trabajadora doméstica	23,3	16,7	0,74
	Trabaja eventualmente	23,3	36,7	0,39
	No trabaja	13,3	20,0	0,72

(*) Prueba exacta de Fisher

En la tabla 1, se observa los datos sociodemográficos de la evaluación basal, identificándose que los grupos de estudio, en general, estaban en condiciones semejantes, excepto por el nivel de escolaridad, observándose mayor proporción de secundaria incompleta en el grupo control vs experimental, (80%/24 vs 60%/19) y secundaria completa en el grupo experimental vs control (33,3%/09 vs 13,3%/04).

Gráfico 1: Nivel de conocimiento sobre la identificación de signos de alarma del RN en madres adolescentes del CS Materno Infantil Manuel Barreto, antes de la intervención. Agosto-Diciembre 2012.



Cuanto a la evaluación del conocimiento, la media alcanzada por las madres adolescentes en el pretest, respecto a la identificación de signos de alarma en el RN fue de $17,56 \pm 3,14$ en el grupo control y de $18,66 \pm 2,84$ en el experimental (gráfico 1). Pero, luego de la intervención educativa (gráfico 2), los resultados muestran una diferencia significativa entre grupos ($p \leq 0,005$). En datos no mostrados al analizarlos por subgrupos según nivel de escolaridad, en el pretest predominó en ambos grupos una media de 14; ya en el postest en el grupo experimental los tres subgrupos alcanzaron medias de 29,22 a 29,50, mientras que en el grupo control las medias oscilaron entre 19,25 (secundaria completa) a 14,00 (primaria). Destacando que hubo mejora en ambos grupos de estudio, pero el subgrupo de primaria experimental alcanzó altos niveles de aprendizaje, logrando equipararse a los del nivel secundario (completo e incompleto). Dato que evidencia la consistencia de la intervención en la mejora del conocimiento en grupos diferenciados.

Gráfico 2: Nivel de conocimiento sobre la identificación de signos de alarma del RN en madres adolescentes del CS Materno Infantil Manuel Barreto, después de la intervención. Agosto-Diciembre 2012.

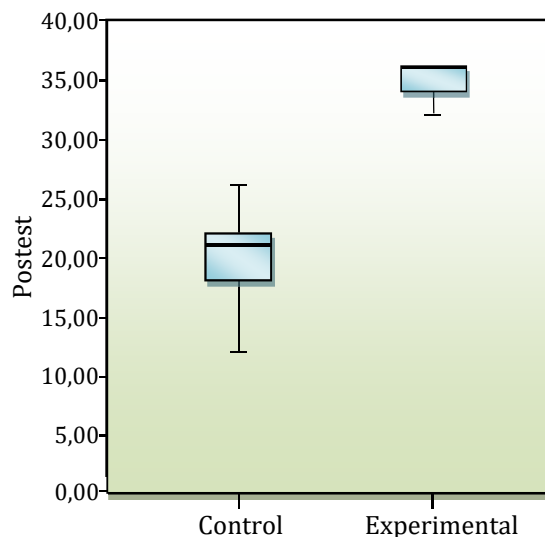


Tabla 2: Identificación de signos de alarma en el RN por la madre asistente, al finalizar el seguimiento de la intervención. CS Materno Infantil Manuel Barreto Agosto-Diciembre 2012.

Signos de Alarma	Grupos de estudio		Valor de "p"(*)
	Control n=30 (%)	Experimental n=30 (%)	
Sin signo	13,3	16,7	0,06
Un signo	50,0	53,3	0,06
Dos signos	36,7	26,7	0,11
Tres signos	-	3,3	0,00

(*) Prueba exacta de Fisher.

Tabla 3: Acción realizada por la madre al identificar el signo de alarma en el RN al finalizar el seguimiento de la intervención educativa. CS Materno Infantil Manuel Barreto. Agosto-Diciembre 2012.

Acción a realizar	Grupos de estudio		Valor de "p"(*)
	Control n=30 (%)	Experimental n=30 (%)	
Espera al día siguiente	40,0	6,7	0,00
Asistencia al C.S	30,0	93,3	0,00
Atiende en casa	16,7	-	0,16
Otros	13,3	-	0,12

(*) Prueba exacta de Fisher.

Respecto a identificación de signos de alarma en el RN (tabla 2), no se observan mayores diferencias entre grupos, excepto por una persona en el grupo experimental que reportó haber identificado tres signos de alarma. Sin embargo, el 93,3% (28) de las madres del grupo experimental condujo al bebé al centro de salud ante la identificación del signo de alarma versus el 40% que esperó al día siguiente y el 16,7% que lo atendió en casa en el grupo control (tabla 3).

Tabla 4: Hospitalizaciones realizadas ante el signo de alarma en el RN al finalizar el seguimiento de la intervención. CS Materno Infantil Manuel Barreto Agosto-Diciembre 2012

Nº de hospitalización	Grupos de estudio		Valor de "p" (*)
	Control n=30 (%)	Experimental n=30 (%)	
Cero	46,7	96,7	0,00
1	3,3	3,3	0,47
2	6,7	-	0,47
3 a más	33,3	-	0,00

(*) Prueba exacta de Fisher.

Tabla 5: Diagnóstico médico registrado en historia clínica en la hospitalización del RN al finalizar el seguimiento de la intervención. CS Materno Infantil Manuel Barreto Agosto-Diciembre 2012.

Diagnóstico médico	Grupos de estudio		Valor de "p" (*)
	Control n=30 (%)	Experimental n=30 (%)	
Inadecuada técnica LM	3,3	36,7	0,00
Hipoglicemia	23,3	-	0,01
Infección local	13,3	10,0	1,00
Ictericia	10,0	6,7	1,00
Cólico neonatal	3,3	13,3	0,35
Niño sano	10,0	6,7	1,00
Otros	26,7	26,7	0,77
No asisten	10,0	-	0,23

(*) Prueba exacta de Fisher.

Cuanto a las hospitalizaciones, en la tabla 4 se observa que el 33% de RN del grupo control fue hospitalizado de tres a más días versus 3,3% en el

grupo experimental con un solo día. Observándose en la tabla 5 los diagnósticos registrados: el 26,7% del grupo control presentó principalmente: deshidratación leve, hipertermia, congestión nasal, eritema de pañal, hemangioma benigno y, Síndrome de la Muerte Súbita (SMS); otro 23,3% (7) presentó hipoglicemia. En el grupo experimental, el diagnóstico más frecuente fue "inadecuada técnica de lactancia materna" (36,7%/11).

DISCUSIÓN

En el Perú, como en la mayoría de los países latinoamericanos, la mortalidad infantil ha disminuido en décadas recientes. Sin embargo, la mortalidad neonatal no ha sufrido mayores cambios (1) Reconociéndose que el primer mes de la vida del RN constituye el periodo de mayor riesgo para la supervivencia infantil.

Según la Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible,⁷ la educación para la salud es el proceso sociocultural permanente por el cual las personas se van desarrollando para beneficio de sí mismas y de la sociedad, mediante una intervención activa e intencionada en los aprendizajes, necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la propia salud (en este caso de las madres adolescentes) y crear las posibilidades para actuar en la comunidad favoreciendo la salud colectiva.

Sánchez,⁴ reporta que los estudios sobre el cuidado al RN en el país son escasos y la mayoría utilizan métodos observacionales. Sin embargo, son relevantes para proponer investigaciones tendientes a mejorar la realidad identificada, dado que la población de adolescentes es de alta vulnerabilidad, más aun si se trata de madres que pertenecen a los estratos sociales D y E, que comúnmente tienen baja escolaridad y suelen ser madres solteras.

En el estudio, las sesiones alcanzaron un promedio de 30-45 minutos, siendo de multicontacto por el periodo de seguimiento realizado a cada madre del grupo experimental, tal y como lo sugiere la OMS/UNICEF.⁵ De ese modo, los resultados del postest muestran diferencia significativa ($p < 0,05$) entre los grupos de estudio (tablas 2-5), especialmente considerando que las madres con educación primaria incorporaron el aprendizaje tan igual como las de secundaria en el grupo experimental; evidenciando la efectividad de la intervención y la

importancia del seguimiento a las madres adolescentes. Aunque debe considerarse que se trabajó con una muestra pequeña, no representando la realidad con la que se lidia diariamente en los hospitales y centros de salud.

Al respecto, Mascaró,⁸ director general del Instituto Materno Perinatal de Lima (INMP) en el 2011, indicó que no se trata solo de atender el parto, se trata también de informar y educar a la joven madre, aprendiendo además del cuidado al RN, saber reconocer los signos de alarma que ponen en alto riesgo la sobrevivencia del bebe.

Entre los argumentos referidos por las madres adolescentes para no acercarse al establecimiento de salud resaltan: el costo (40,6%), temor (29,3%), trato recibido (20,4%), tiempo de espera (14,8%), vergüenza (10,8%) y distancia (8,1%).⁸ Datos que deben considerar los profesionales de salud para incrementar el acceso de estas madres al sistema de salud, a fin de garantizar una mayor sobrevivencia del binomio madre-hijo. Un modo puede ser sensibilizando a la joven madre sobre la importancia de asistir oportuna e inmediatamente al centro de salud, una vez identificado cualquier signo de alarma en el RN; siempre haciendo hincapié en la forma de traslado al C.S u hospital más cercano y, conforme las recomendaciones de la guía AIEPI: tranquilizarse, trasladarlo haciendo contacto piel a piel y amamantándolo durante el camino.⁹

El RN se encuentra en un proceso de adaptación, por ello la madre debe supervisar la presencia de signos que escapan al rango de normalidad, entendiendo que son de suma importancia para su supervivencia. Para eso se requiere una cuidadosa observación del signo o alteración y de las condiciones globales del bebe.¹⁰

En la práctica, la educación en los servicios de salud puede hacer uso de una amplia gama de técnicas para un mejor cuidado del bienestar de la población. Pero especialmente, debe centrar su atención en cambiar actitudes y, finalmente comportamientos, sobre todo en poblaciones de alto riesgo como son las madres adolescentes. Dado que el verdadero impacto de la educación sanitaria se refleja en la disminución de la morbilidad neonatal y tiempo de hospitalización.

La madre adolescente puede no estar al tanto de la disponibilidad de servicios profesionales, aun

cuando éstas existan, puede dejar de asistir al C.S, puede no entender plenamente las instrucciones dadas o, no tener los medios para llevar a cabo las instrucciones. Frente a estas limitaciones, compete al profesional de salud informarles minuciosamente, despejar sus dudas y dar sugerencias; adaptando el lenguaje, trato y oferta de cuidado a las características y necesidades de la población, yendo más allá de la prescripción médica padrón, desconsiderando muchas veces que el tiempo en los sistemas de salud es limitado.

Cabe recordar que la promoción de la salud es responsabilidad de todos, incluyendo los grupos comunitarios, las instituciones y el Estado, pero sobre todo, los profesionales de la salud, quienes juegan un papel cada vez mayor, especialmente la enfermera, que cumple su rol de educadora al brindar una instrucción minuciosa y evaluativa que corrobore un aprendizaje básico antes del alta hospitalaria, seguida de visitas domiciliarias, con énfasis entre las madres que mostraron baja habilidad y conocimiento. Entre tanto, para cumplir con esta estrategia es necesario incrementar los recursos humanos en el primer nivel de atención a la salud, a fin de lograr impacto en el trabajo preventivo promocional, cumpliendo el seguimiento o multicontacto con las madres de alto riesgo.

Entre las limitaciones del estudio, se destaca su diseño cuasiexperimental y el tamaño de la población. Los sujetos fueron autoseleccionados y todos compartieron el mismo ambiente, es posible que la información entre los participantes de los grupos de estudio haya sido compartida. Siendo necesario realizar réplicas del estudio con muestreo probabilístico y un mayor tamaño de la muestra, considerando ciertamente una población heterogénea, como el caso del estudio y, disponiendo de mayores recursos, tanto humano como materiales.

Se destaca que algunas madres se mostraron desconfiadas de participar en la investigación, aduciendo que no estarían en casa cuando se ejecute la visita de seguimiento. Asimismo, muchos de los datos personales de las madres en el libro de registros y en la HC eran falsos, además de ilegibles, imposibilitando el seguimiento. Cabe al personal de salud tomar cuidado en este sentido, por tratarse de documentos legales y porque disminuye la eficacia del cuidado al binomio, prioridad en las políticas de salud a nivel nacional e internacional.

Como meta para disminuir la morbimortalidad neonatal, los países se han trazado los objetivos de Desarrollo del Milenio. Siendo que para el presente año, todos los países deberían mostrar una tasa de mortalidad en lactantes por debajo de 35 por 1 000 nacidos vivos y los países que ya lo consiguieron, deberían seguir esforzándose por reducirlo aún más.¹¹

Correspondencia:

Carol Robles

Correo electrónico: crp.noe@gmail.com

El estudio muestra la efectividad de una intervención sencilla, pero constante, con recomendaciones que se conocen⁵ y deberían incluirse en los sistemas de salud, especialmente en un país como el Perú, donde las tasas de embarazo adolescente continúan incrementando y existe gran diversidad sociocultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La salud del neonato [internet]. Ginebra: UNICEF; 2011 [citado 11 de feb 2012]. [aproximadamente 02 laudas]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/health/newborn/health.html>
2. ORAS-CONHU: Organismo Regional Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. El embarazo en adolescentes en la Subregión Andina [internet]. SN: ORAS-CONHU; mar 2008 [citado 10 de dic 2012]. 30 p. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Diagnostico20Final20-20Embarazo20en20adolescentes.pdf>
3. Ministerio de Salud-Oficina General de Estadística e Informática. Perú: tasa de mortalidad neonatal [internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2010 [citado 04 de oct 2011]. [aproximadamente 01 lauda]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/mortalidad/tasaMortalidadNeonatal/MneoMacros.asp?00>
4. Sánchez P. Efectividad de una dinámica grupal para adolescentes en el conocimientos y prácticas del cuidado del recién nacido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Nov. 2005- Feb. 2006 [tesis de especialista]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2006.
5. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Vistitas domiciliadas al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia [internet]. Ginebra: OMS/UNICEF; 2009 [citado 22 de set 2011]. 08 p. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf?ua=1
6. Marriner Tomey MA. Adopción del rol materno convertirse en madre. Editores. 7ma. ed. Elsevier Mosby: España; 2011. pp.581-595.
7. MINSA: Ministerio de Salud. Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible [internet]. Lima-Perú: MINSA; Jun 2011 [citado 12 de jun 2013]. 46 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1782.pdf>
8. Juez Justo. De niña a mujer. Año 3 N^o21 Abril 2012.
9. Ministerio de Salud. Curso clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con Enfoques de Derecho. Lima, Perú: Manual de Lectura; 2007.
10. Ticona RM, Huanco AD. Mortalidad perinatal Hospitalaria en el Perú: Factores de riesgo. Rev Chil Obstet Ginecol [serie de internet]. 2005 [citado 10 de sep 2013]; 70 (5): 313-317. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rhog/v70n5/art06.pdf>
11. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2013 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2013 [citado 2 de jun 2013]. 64 p. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf>