

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**PREVALENCIA DE FACTORES Y CONDUCTAS  
DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO  
EN LAS ADOLESCENTES**

**Por**

**LIC. ANA LARIOS LOPEZ**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfoque en Salud Comunitaria**

**SEPTIEMBRE, 2002**



SEPTI

TM  
RG556  
.5  
.L3  
c.1

PREVALENCIA DE FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO  
DURANTE EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

A. L. L.



1080116255

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



PREVALENCIA DE FACTORES Y CONDUCTAS  
DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO  
EN LAS ADOLESCENTES

Por LIC. ANA LARIOS LOPEZ

LIC, ANA LARIOS LOPEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfoque en Salud Comunitaria

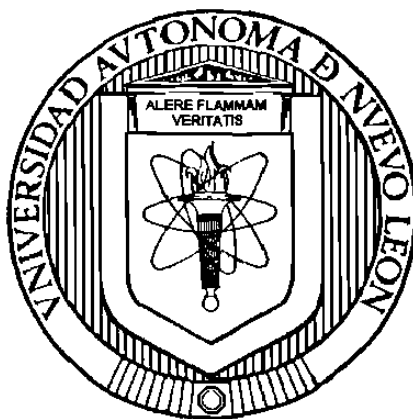
SEPTIEMBRE, 2002



R 6  
5  
L3



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PREVALENCIA DE FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO  
DURANTE EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

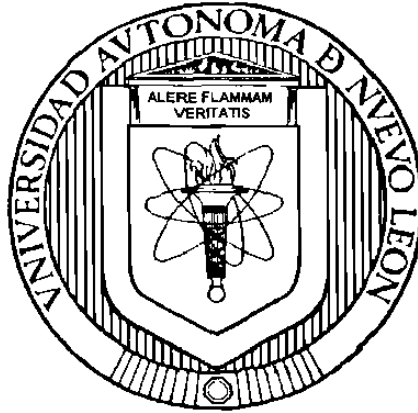
Por

LIC. ANA LARIOS LÓPEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

SEPTIEMBRE, 2002

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PREVALENCIA DE FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO  
DURANTE EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

Por

LIC. ANA LARIOS LÓPEZ

Director de tesis  
M.C.E JUANA EDITH CRUZ QUEVEDO

Como requisito parcial para obtener el grado de  
**MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

SEPTIEMBRE, 2002

PREVALENCIA DE FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO  
DURANTE EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

Aprobación de Tesis



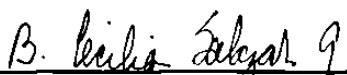
---

M.C.E. Juana Edith Cruz Quevedo  
Director de Tesis



---

M.C.E. Juana Edith Cruz Quevedo  
Presidente



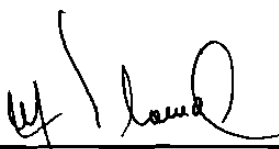
---

Bertha Cecilia Salazar González PhD  
Secretario



---

M.E. Ma del Refugio Durán López  
Vocal



---

MSP Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación



## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la vida, por darme fuerzas para lograr otro objetivo en mi vida profesional tomando en cuenta que sin él nada puedo hacer.

A mis padres que siempre me han apoyado en toda mi vida. A ti madre porque me has inspirado a ser perseverante, y a ti padre por enseñarme a ser paciente.

A Josué el esposo, compañero y amigo. Tú que siempre has estado en las buenas y en las malas, que me has dado ese apoyo incondicional, por tu amor y paciencia que has tenido conmigo.

A ustedes mis dos luceros que iluminan mi vida, Hilda Mariani y Blanca Elizabeth mis hijitas que han tenido amor y paciencia.

A mis hermanos que quiero Moisés y David que me han apoyado siempre en todo y a mis hermanas Rosy, Blanca, Elizabeth, Eloisa y Estrella que quiero y que me han apoyado siempre que las necesité.

A mis cuñados y cuñadas por el apoyo moral que me han brindado siempre.

A mi suegra Hilda Elisa Meza Garza, que siempre me ha apoyado en todo momento que la he necesitado.

A toda mi familia y amigos que siempre he contado con ustedes en todo momento, gracias por su apoyo incondicional.

## AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Bertha Cecilia Salazar González por su paciencia y disposición a brindarme siempre su apoyo para poder seguir adelante, gracias.

A mi asesora, MCE. Juana Edith Cruz Quevedo, que siempre estuvo dispuesta a brindarme sus conocimientos y apoyo en todo momento y así poder lograr el objetivo trazado, mil gracias por su gran apoyo y ayuda.

Al Dr. Florencio Rincón Montaña, por brindar su apoyo cuando lo necesité.

Al Sr. Martín Francisco Ramos, por las facilidades y apoyo incondicional para la culminación de este objetivo.

Al Dr. Luis Enrique de la Garza Bazán, director del Hospital General Oscar Treviño Cantú del municipio de Montemorelos, por las facilidades otorgadas para la realización de este estudio.

A mis compañeros de trabajo que me han apoyado especialmente a Petra Vázquez y Nancy Ríos.

A mis compañeras de la maestría que emprendimos juntas esta nueva experiencia la cual hemos logrado concluir gracias a nuestro Dios. A tí especialmente Etlá, que siempre me diste ánimo en los momentos que más lo necesité, gracias amiga.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	2
Estudios Relacionados	3
Definición de Términos	5
Objetivo General	6
Capítulo II	
Metodología	7
Diseño del Estudio	7
Población, Muestreo y Muestra	7
Instrumentos	7
Procedimiento de Recolección de Datos	8
Análisis de Resultados	9
Consideraciones Éticas	10
Capítulo III	
Resultados	12
Características Descriptivas de las Adolescentes	12
Prevalencia General de Factores y Conductas de Riesgo	13
Prevalencia Específica de Resultados Adversos del Embarazo	15
Capítulo IV	
Discusión	19

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Conclusiones y Recomendaciones</b>	<b>20</b>
<b>Referencias</b>	<b>22</b>
<b>Apéndices</b>	<b>25</b>
<b>A. Cuestionario de Factores de Riesgo en Adolescentes Durante su Embarazo</b>	<b>26</b>
<b>B. Consentimiento Informado</b>	<b>30</b>



## Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Características de las Adolescentes	12
2 Prevalencia de Factores de Riesgo de las Adolescentes Durante el Embarazo	13
3 Prevalencia de Conductas de Riesgo de las Adolescentes Durante el Embarazo	14
4 Prevalencia de Resultados Adversos del Embarazo en las Adolescentes	15
5 Prevalencia Específica de Parto Distócico en Adolescentes	16
6 Prevalencia Específica de Producto Macrosómico en Adolescentes	16
7 Prevalencia Específica de Mortalidad Neonatal en Adolescentes	17
8 Prevalencia Específica de Aborto en Adolescentes	18
9 Prevalencia Específica de Producto de Bajo Peso en Adolescentes	18

## RESUMEN

Ana Larios López  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Septiembre, 2002

Título del estudio: PREVALENCIA DE FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO  
DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Número de Páginas: 30

Candidato para obtener el Grado  
de Maestría en Ciencias de  
Enfermería con Énfasis en Salud  
Comunitaria

Área de estudio: Salud Comunitaria

**Propósito y método del estudio:** El propósito del estudio fue describir la prevalencia de los factores y conductas de riesgo presentes durante el embarazo en adolescentes. El diseño es descriptivo de corte transversal (Colimon, 1990). El muestreo fue no probabilístico por conveniencia; participaron 90 adolescentes menores de 20 años que tuvieron un parto en los años 2000 y 2001 de la ciudad de Montemorelos, Nuevo León. Se utilizó el Cuestionario de Factores y Conductas de Riesgo en Adolescentes Durante su Embarazo (CFYCRDE) que consta de 42 reactivos; 22 corresponden a factores de riesgo y 20 a conductas de riesgo.

**Contribución y conclusiones:** El estudio permitió conocer la prevalencia de los factores y conductas de riesgo en el embarazo de las adolescentes menores de 20 años. Los factores de mayor prevalencia en las adolescentes fueron patología obstétrica (60%), mayormente la infección de vías urinarias (16.6%), patología previa (34.4%), específicamente la anemia (15.6%); dentro de las conductas de riesgo que prevalecieron fueron el uso de ropa inadecuada (78.9%), no buscar información sobre el cuidado del embarazo (65.6%), no control de peso (61.4%), no evitar estados de estrés (53.4%), no caminatas o ejercicios favorables (43.9%), y la inasistencia a control prenatal en el primer trimestre del embarazo (26.7%). La presencia de patología previa incrementa la prevalencia de resultados adversos como mortalidad neonatal ( $R.P= 3.2$ ), aborto ( $R.P= 2.4$ ), producto de bajo peso ( $R.P= 2.3$ ) y producto macrosómico ( $R.P= 1.2$ ). La presencia del no control de peso como conducta de riesgo aumenta la prevalencia específica de producto macrosómico ( $R.P= 1.2$ ) y la prevalencia de inasistencia a control prenatal en el primer trimestre del embarazo aumenta la prevalencia específica de aborto ( $R.P= 6.0$ ).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS



## Capítulo I

### Introducción

El embarazo en la adolescencia es considerado como un problema social y de salud pública. Todo embarazo en adolescente es considerado como de alto riesgo, esto significa, que en las adolescentes es más probable que el embarazo no se desarrolle en forma satisfactoria, con una mayor probabilidad de morbilidad perinatal: bajo peso al nacer y prematuridad; y un alto riesgo de mortalidad materna, perinatal e infantil (García, Figueroa, Reyes & Brindis, 1993; Monterrosa & Bello, 1996). De acuerdo a reportes estadísticos de la Secretaría de Salud del estado de Nuevo León (SSNL, 2001), en el municipio de Montemorelos, los casos de embarazos en mujeres menores de 20 años han aumentado. De 550 casos presentados en 1998, aumentó a 945 en 1999 y 770 en el año 2000; de los cuales el 28.5%, 23.4% y 28.9% respectivamente, corresponden a embarazadas adolescentes por primera vez.

Algunos factores de riesgo del embarazo en adolescentes pueden ser tratados si son detectados con oportunidad; la atención inadecuada y el no contar con ella constituye uno de los principales factores que determinan el resultado adverso del embarazo en las madres adolescentes (Emans, Laufer & Goldstein, 2000). Algunas adolescentes no recurren a la atención prenatal ya sea por detección tardía del embarazo, por ocultar a la familia el hecho, considerar de poca importancia la atención del primer trimestre o falta de experiencia con amigas embarazadas (Kinsman & Slap, citado en Emans et al., 2000; Kurganoff, Epelbaum, Imfeld & Martínez, 2001).

En la atención de las adolescentes embarazadas se encuentra que estas jóvenes no logran relacionar el embarazo con la responsabilidad de la maternidad, muchas de las adolescentes no comprenden los síntomas y el significado de la edad gestacional (Emans et al., 2000) lo que las lleva a tener conductas de riesgo durante su período gestacional.

Según Maldonado (1997) las consecuencias de estos embarazos en las

adolescentes, enmarcan tres problemáticas: físicas, anímicas y sociales. El índice de recién nacido con bajo peso es mayor entre las madres adolescentes que en las mujeres maduras (Emans et al., 2000; Stevens - Simon, Kaplan & Mc Anarney, 1993).

Mc Anarney (1987) afirma que el bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal se deben a una serie de factores maternos como nutrición deficiente, abuso de sustancias (cigarrillos, alcohol o drogas ilícitas) e infecciones genitales.

En Nuevo León existen estadísticas de embarazo en adolescentes y estudios sobre los problemas que se generan, pero no se localizaron estudios sobre las conductas de las adolescentes en torno al embarazo que a su vez pueden constituirse en factores de riesgo que determinan el resultado adverso del mismo. El propósito de este estudio fue describir la prevalencia de los factores y conductas de riesgo presentes durante el embarazo en adolescentes.

### Marco de Referencia

El presente estudio se guió en los conceptos epidemiológicos prevalencia y factor de riesgo, y fue necesario definir lo que se considera conducta de riesgo.

**Prevalencia.** Se refiere a la proporción de la población que padece una enfermedad o un evento en estudio en un momento dado. Como todas las proporciones, no tiene dimensiones y nunca puede tomar valores menores de cero o mayores de uno, por lo que a menudo se expresa como casos por 100 o por 1000 habitantes (Moreno, López & Corcho, 2000).

**Factor de Riesgo.** Se refiere al conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social en un individuo que por la variabilidad de su presencia está relacionada con el evento o puede causar su aparición; se puede hablar de dos tipos de factores de riesgo, factores de riesgo del ambiente interno y factores de riesgo del ambiente externo (Colimon, 1990). Dentro de los factores de riesgo del ambiente externo, se consideran aquellas conductas que el individuo realiza u omite y



que están asociadas con la aparición del evento, las cuales se denominan conductas de riesgo.

### Estudios Relacionados

Burgos y Carreño (1997) en el estudio realizado en dos grupos de embarazadas adolescentes nulíparas, consideraron como factores de riesgo para resultados adversos del embarazo el ser soltera, la baja escolaridad (seis o menos años de estudio), el analfabetismo absoluto (menos de dos años de estudio) y el control prenatal insuficiente. La cesárea, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer, prematuridad y depresión al nacer se consideraron resultados adversos. El resultado adverso de mayor prevalencia en estos grupos fue el parto distócico (17.31%); y los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron la baja escolaridad (20%) y el ser soltera (20%); además éstos se asociaron con resultados adversos.

Maida, Mtiñoz, Rtiben y Hochstatter (1995) en un estudio realizado en 80 adolescentes para conocer las características y las complicaciones obstétricas, reportaron que 91% de su muestra se encontraban entre los 15 y 18 años de edad, 83% era su primer embarazo, 84% tenía procedencia urbana, 40% no tuvo control prenatal y 47% su control fue insuficiente. El 79% manifestó patología obstétrica, dentro de las cuales las principales fueron infección urinaria, ruptura prematura de membranas, retardo de crecimiento intrauterino y distocias de presentación. El parto distócico se presentó en 21% de las adolescentes; el 11% de los recién nacidos tuvieron un peso de 2 500 gr o menos.

Mc Anarney (1987) afirma que el bajo peso al nacer (< 2 500 gr) y la mortalidad neonatal se debe a una serie de factores maternos, como nutrición deficiente, abuso de sustancias (cigarrillos, alcohol, o drogas ilícitas) e infecciones genitales. Goldenberg y Klerman (1995) y Stevens-Simon et al. (1993) afirman que si la mujer tiene bajo peso, el resultado de su primer embarazo es menos satisfactorio, y la mayoría de las adolescentes

son delgadas. La posibilidad de un buen resultado para la adolescente embarazada y su hijo mejora con un aumento adecuado de peso y una nutrición correcta (Emans et al., 2000).

Wegman (1994) refiere que la atención prenatal en Estados Unidos de Norte América ha sido más oportuna en los últimos años, pero todavía constituye un problema en las jóvenes. En 1992, 43% de las adolescentes menores de 15 años de edad y 59.5% de las de 15 a 19 años, recibió atención prenatal del primer trimestre, en comparación con 78% de todas las mujeres embarazadas. El 17% de las adolescentes menores de 15 años no tenía atención prenatal o la recibía muy tarde, en comparación con 10% de las de 15 a 19 años y 5% de todas las mujeres.

Kurganoff, Epelbaum, Imfeld y Martínez (2001) al realizar un estudio retrospectivo en 3360 mujeres en posparto, encontraron que las adolescentes representan un 30% y que ellas consultan en forma tardía, pero el seguimiento es adecuado. Las patologías prevalentes fueron anemia, infecciones de vías urinarias en adolescentes de 10 a 14 años y eclampsias convulsivas en adolescentes de 15 a 19 años. Entre otros datos, se encuentran algunos resultados adversos del embarazo, tales como mayor incidencia de prematuros y bajo peso al nacer en las adolescentes, pero sin diferencia estadística significativa. Llegaron a la conclusión que las adolescentes no tienen mayor riesgo perinatal que las no adolescentes.

Plöckinger (1998), realizó un estudio descriptivo - comparativo a 188 primíparas menores de 16 años y 569 madres primíparas entre 20 y 24 años para evaluar los riesgos obstétricos en las adolescentes embarazadas; en este estudio no se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos en relación con la aparición de enfermedades hipertensivas del embarazo (2.1% vs 3.5%), tasa de partos prematuros (24.4% vs 29.8%), número de recién nacidos con menos de 2500 gr de peso (10.1% vs 9.1%), peso promedio al nacer (3082 vs 3117 gr), frecuencia de crecimiento intrauterino retardado (2.1% vs 2.4%) y malformaciones congénitas (1.6 % vs 3.1%), así como mortalidad

perinatal a finales de la primera semana de vida (1.1% vs 0.5%). En las madres adolescentes el número de operaciones cesáreas fue mucho menor que en las madres del grupo control (6.4 % vs 11.3 %;  $p < 0.05$ ). Los partos espontáneos fueron significativamente más frecuentes (85.1 % vs 74.9 %;  $p < 0.005$ ).

Vázquez, Almirall, Cruz y Álvarez (1997) estudiaron a 110 embarazadas de 12 a 19 años de edad y un grupo control con igual número de embarazadas mayores de 19 años, donde 50% fueron menores de 18 años. En 17.3% de los hijos de las adolescentes se observó un peso al nacer menor de 2500 gr en comparación con el grupo control donde sólo el 13.7% de sus hijos tuvieron peso menor a 2500 gr. El 13.7% de los hijos de las adolescentes presentaron bajo peso para su edad gestacional en comparación a 7.3% del grupo control. Un porcentaje significativamente mayor de los nacimientos entre la 28ª y 36ª semana de gestación, correspondió al grupo de adolescentes.

### Definición de Términos

**Prevalencia de Factores y Conductas de Riesgo.** Es la proporción de cada factor y conducta de riesgo alrededor del embarazo en adolescentes entre el total de los casos, todo multiplicado por 100.

**Factor de Riesgo.** Es una característica o circunstancia detectable en la adolescente durante su último embarazo que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de resultado adverso del embarazo.

**Conducta de Riesgo.** Son las acciones que la adolescente realizó u omitió durante el embarazo y se consideran un factor de riesgo para el resultado del mismo. Para seleccionar estas conductas, se consideraron las acciones que refiere la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSAA2-1993; Secretaría de Salud, 1993) para la atención de la mujer durante el embarazo.

**Resultado Adverso del Embarazo.** Se consideró a la consecuencia negativa del embarazo en el producto o en la adolescente, tales como el embarazo interrumpido

(aborto), muerte neonatal, parto distócico, bajo peso al nacer ( $\leq 2500$  gr) y producto macrosómico ( $\geq 3500$  gr).

### Objetivo General

Describir la prevalencia de los factores y conductas de riesgo presentes durante el embarazo en adolescentes menores de 20 años.



## Capítulo II

### Metodología

En el presente capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, instrumentos, procedimientos de recolección de datos, análisis de resultados y consideraciones éticas.

#### Diseño del Estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal (Colimon, 1990), ya que se trata de observar la prevalencia de los factores y conductas de riesgo durante el embarazo en adolescentes.

#### Población, Muestreo y Muestra

La población la conformaron las adolescentes menores de 20 años de la ciudad de Montemorelos, Nuevo León que tuvieron un parto en los años 2000 y 2001. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia (Polit & Hungler, 1999). La muestra consistió de 90 adolescentes menores de 20 años que parieron en dos hospitales de segundo nivel de la ciudad de Montemorelos, Nuevo León y con domicilio en esta ciudad.

#### Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de Factores y Conductas de Riesgo en Adolescentes Durante su Embarazo (CFYCRDE; apéndice A) con un total de 42 reactivos, construido expreso para este estudio. Se divide en dos partes, la primera mide los factores de riesgo presentes durante el embarazo en la adolescente con 22 reactivos; dado que algunas características personales constituyen factores de riesgo, los datos de identificación se incluyeron en este apartado.

Los reactivos valoran en forma continua la edad, años de escolaridad, ingreso económico mensual, número de personas que dependen del ingreso, inicio de vida sexual, edad al primer embarazo, número de embarazos, duración del último embarazo y peso al nacer del producto del último embarazo. La escolaridad se consideró como factor de riesgo, cuando fue menor o igual a seis años (Burgos & Carreño, 1997).

A través de categorías se identificaron el estado marital, estado civil, ocupación, dependencia económica, patología previa (anemia, desnutrición, hipertensión y otros) y patología durante el embarazo (diabetes, anemia, amenaza de aborto, hipertensión, infecciones de vías urinarias y otras), lugar donde se atendió el parto, tipo de parto, procedimientos durante el parto, infección ginecológica previa al embarazo, número de hijos vivos, embarazos interrumpidos (abortos) y número de hijos que fallecieron en el primer año de vida.

La segunda parte del instrumento valora las conductas de riesgo presentes durante el embarazo en la adolescente, con 20 reactivos. Los primeros cinco reactivos corresponden a la conducta de asistencia a control prenatal y son de tipo dicotómico. Los 15 reactivos restantes valoran con respuestas sí, no y algunas veces, conductas como vigilancia del peso, consumo de tabaco y alcohol, cuidado de alimentación, automedicación, consumo de complementos vitamínicos, contacto con sustancias dañinas, descanso, seguimiento de indicaciones médicas, búsqueda de información sobre el embarazo, actividad física (viajes o ejercicios bruscos y caminatas y ejercicios respiratorios), preparativos para la llegada del bebé, búsqueda de atención médica inmediata, uso de ropa y calzado propio del embarazo.

### Procedimiento de Recolección de Datos

Una vez que se obtuvo la aprobación de la Comisiones de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se solicitó por escrito la autorización de los directivos de los hospitales seleccionados. A

través de los registros hospitalarios, se obtuvieron las direcciones de las adolescentes que tuvieron un parto en los años 2000 y 2001 y tuvieran dirección de la ciudad de Montemorelos, N.L.

Se utilizaron croquis de la localidad para ubicar los domicilios y las adolescentes fueron visitadas para la aplicación del cuestionario. Se le explicó a cada adolescente el propósito del estudio y se le solicitó su participación de forma voluntaria, solicitando la firma del consentimiento informado (apéndice B). Al aceptar participar y de disponer de tiempo en ese momento, se le aplicó el cuestionario, de lo contrario se determinaba un día y hora para tal fin; el tiempo de aplicación fue de 15 a 20 minutos. Las adolescentes que no se encontraron, se les realizó hasta una tercera visita antes de decidir considerarlas como pérdidas.

### Análisis de Resultados

La información se procesó a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 10. Para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y proporciones. Se determinó la media, mediana, moda y desviación estándar de las variables continuas.

Posteriormente se determinó la prevalencia general de los factores y conductas de riesgo a través de la fórmula:

Frecuencia de factor

o conducta de riesgo o

resultado adverso del embarazo x 100 = Prevalencia General

n

Finalmente, se determinó la prevalencia específica de resultados adversos en presencia o ausencia de los factores y conductas que resultaron de mayor prevalencia general y la razón de prevalencia a través de las siguientes formulas:

		Resultado Adverso		
		Presente	Ausente	
Factor de Riesgo	Presente	a	b	Prevalencia específica en presencia del factor o conducta de riesgo = $(a/a+b) (100)$
	Ausente	c	d	Prevalencia específica en ausencia del factor o conducta de riesgo = $(c/c+d) (100)$

Razón de Prevalencia (R.P.) = Prevalencia específica en presencia del factor o conducta de riesgo / Prevalencia específica en ausencia del factor o conducta de riesgo

### Consideraciones Éticas

Las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (Secretaría de Salud, 1987) dispone que toda investigación que se realice en seres humanos, deberán considerar:

De acuerdo al artículo 14, fracción VII, el presente estudio cuenta con el dictamen favorable de la comisión de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, para garantizar el respeto a la dignidad y protección a los derechos y bienestar de los sujetos.

Se protegió la privacidad de los sujetos de investigación manteniendo la confidencialidad y el anonimato de los mismos, además se garantizó su participación voluntaria, la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio (artículo 14 fracción V; artículo 20 y artículo 21 fracción VIII). Se solicitó aprobación de las autoridades de salud, según lo estipula el artículo 29.

El presente estudio se consideró sin riesgo, ya que no se realizó intervención alguna que afectara fisiológica, psicológica o socialmente a las personas participantes, según se encuentra establecido en el artículo 17, fracción I.

## Capítulo III

### Resultados

#### Características Descriptivas de las Adolescentes

El promedio de edad de las adolescentes participantes fue de 18.9 años ( $DE= 1.62$ ), con una media de escolaridad de 8.6 años ( $DE= 2.10$ ). El inicio de su vida sexual fue a los 16.2 años en promedio ( $DE= 1.57$ ). Un 85.6% de las madres adolescentes viven con pareja, 84.4% dependen económicamente exclusivamente de ésta. El 61.1% están casadas y 78.9% son amas de casa; sólo el 3.3% continúan estudiando, el resto abandonó la escuela. El 44.4% de sus familias, tienen un ingreso mensual de entre \$2100.00 y \$3000.00 y, 3.4 personas en promedio dependen de este ingreso, sin embargo existen casos en que hasta ocho personas dependen del mismo ingreso.

Tabla 1

#### Características de las Adolescentes

Característica	<u>Valor</u>	<u>Valor</u>	<u>Mdn</u>	$\bar{X}$	<u>DE</u>
	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>			
Edad	15	22	19	18.93	1.62
Escolaridad	3	13	9	8.61	2.10
Inicio de vida sexual	12	19	16	16.20	1.57
Embarazo por primera vez	13	20	17	16.93	1.51

Fuente: CFYCRDE

n= 90



### Prevalencia General de Factores y Conductas de Riesgo

Se reporta la prevalencia general de los factores y conductas de riesgo presentes en las adolescentes durante su embarazo, así como la prevalencia de resultados adversos del mismo.

En la tabla 2 se presentan las prevalencias de los factores de riesgo, en ella se puede observar que el factor con mayor prevalencia fue la patología obstétrica, dentro de ésta predominó la infección de vías urinarias. La patología previa, tuvo alta prevalencia, en ésta, la anemia se presentó mayormente.

Tabla 2

#### Prevalencia de Factores de Riesgo de las Adolescentes Durante el Embarazo

Factor de Riesgo	<i>f</i>	Prevalencia
Patología obstétrica	54	60.0%
Infección de vías urinarias	15	16.6%
Patología previa	31	34.4%
Anemia	14	15.6%
Infección ginecológica previa al embarazo		12.2%
Baja escolaridad ( $\leq 6$ años)	23	25.6%
Fuente: CFYCRDE		n= 90

En la tabla 3 se presentan las prevalencias de las conductas de riesgo durante el embarazo en las adolescentes, en ella se puede observar que la conducta con mayor prevalencia fue el uso de ropa inadecuada en el embarazo, la no búsqueda de información en relación a el cuidado y desarrollo de un embarazo, el no control o vigilancia del peso y la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre del

embarazo. Las conductas de riesgo de menor prevalencia fueron el consumo de alcohol y el fumar durante el embarazo.

Tabla 3

Prevalencia de Conductas de Riesgo de las Adolescentes Durante el Embarazo

Conducta de Riesgo	<i>f</i>	Prevalencia
Uso de ropa inadecuada durante el embarazo	71	78.9%
No búsqueda de información sobre el desarrollo del embarazo y su cuidado	59	65.6%
No control del peso durante el embarazo	54	61.4%
No evitar estados de estrés	48	53.4%
No caminatas o ejercicios favorables durante el embarazo	39	43.9%
Inasistencia a control prenatal en el primer trimestre del embarazo	24	26.7%
Viajes y ejercicios bruscos durante el embarazo	16	17.7%
Contacto con sustancias nocivas para el embarazo	15	16.6%
No cuidar su alimentación durante el embarazo	12	13.3%
No tomar complementos	7	7.7%
Automedicación	7	7.7%
No seguir indicaciones médicas	6	6.7%
Inasistencia a control prenatal en el segundo trimestre del embarazo	6	6.7%
Inasistencia a control prenatal en el séptimo mes del embarazo	6	6.7%
Inasistencia a control prenatal en el octavo mes del embarazo	6	6.7%
Fumar durante el embarazo	4	4.4%
Consumo de alcohol durante el embarazo	3	3.3%

Fuente: CFYCRDE

$n= 90$

En la tabla 4 se presentan los resultados adversos que las adolescentes experimentaron en sus embarazos, entre los cuales se destacan la prevalencia de partos distócicos (64.4%) y productos macrosómicos (31.1%).

Tabla 4

Prevalencia de Resultados Adversos del Embarazo en las Adolescentes

Resultado Adverso	<i>f</i>	Prevalencia
Parto distócico	58	64.4%
Producto macrosómico (>3500gr)	28	31.1%
Muerte neonatal	8	8.9%
Aborto	7	7.8%
Producto de bajo peso (<2500gr)	7	7.8%

Fuente: CFYCRDE

n=90

Prevalencia Específica de Resultados Adversos del Embarazo

En la tabla 5 se puede observar que la prevalencia específica de parto distócico en presencia de baja escolaridad y de uso de ropa inadecuada es mayor que cuando no existen estos factores de riesgo.

A través de la razón de prevalencia se puede observar que la prevalencia de parto distócico es 7 veces mayor en presencia de baja escolaridad y 1.4 veces mayor cuando existe uso de ropa inadecuada.

Tabla 5

Prevalencia Específica de Parto Distócico en Adolescentes

Factor o Conducta de Riesgo	Presencia		Ausencia		<u>RP</u>
	<u>n</u>	Prevalencia	<u>n</u>	Prevalencia	
		específica de parto distócico		específica de parto distócico	
Baja escolaridad	23	56%	67	8%	7.0
Uso de ropa inadecuada	71	69%	19	47%	1.4

n= 90

La prevalencia específica de producto macrosómico en presencia o ausencia de un factor o conducta de riesgo. En presencia de patología previa y no control de peso, la prevalencia de producto macrosómico es mayor que ausencia de estos factores de riesgo. A través de la razón de prevalencia se puede observar que la prevalencia de producto macrosómico es 1.2 veces mayor cuando existe patología previa y 1.2 veces mayor cuando no hay control de peso (tabla 6).

Tabla 6

Prevalencia Específica de Producto Macrosómico en Adolescentes

Factor o Conducta de Riesgo	Presencia		Ausencia		<u>RP</u>
	<u>n</u>	Prevalencia	<u>n</u>	Prevalencia	
		específica de producto macrosómico		específica de producto macrosómico	
Patología previa	31	35%	59	28%	1.2
No control de peso	54	33%	36	27%	1.2

n= 90

En la tabla 7 se observa que la prevalencia específica de mortalidad neonatal es mayor en presencia de patología previa y cuando no se evitan estados de estrés. A través de la razón de prevalencia se puede observar que la prevalencia mortalidad neonatal es 3.2 veces mayor cuando existe patología previa y 3.0 veces mayor cuando no se evitan estados de estrés.

Tabla 7

Prevalencia Específica de Mortalidad Neonatal en Adolescentes

Factor o Conducta de Riesgo	Presencia		Ausencia		RP
	<u>n</u>	Prevalencia específica de mortalidad neonatal	<u>n</u>	Prevalencia específica mortalidad neonatal	
Patología previa	31	16%	59	5%	3.2
No evitar estados de estrés	48	12%	42	4%	3.0

n= 90

En la tabla 8 muestra que la prevalencia específica de aborto es mayor en presencia de inasistencia a control prenatal en el primer trimestre del embarazo y en presencia de patología previa. A través de la razón de prevalencia se puede observar que la prevalencia de aborto es seis veces mayor cuando existe inasistencia a control prenatal y 2.4 veces mayor cuando existe patología previa.

Tabla 8

Prevalencia Específica de Aborto en Adolescentes

Factor de Riesgo	Presencia		Ausencia		RP
	<u>n</u>	Prevalencia específica de aborto	<u>n</u>	Prevalencia específica de aborto	
Inasistencia a control prenatal en el primer trimestre del embarazo	27	18%	63	3%	6.0
Patología previa	31	12%	59	5%	2.4

n= 90

En la tabla 9 se observa que la prevalencia específica de producto de bajo peso es mayor en presencia de patología previa y uso de ropa inadecuada. A través de la razón de prevalencia se puede observar que la prevalencia de producto de bajo peso es 2.3 veces mayor cuando existe patología previa y 2.8 veces mayor cuando existe uso de ropa inadecuada.

Tabla 9

Prevalencia Específica de Producto de Bajo Peso en Adolescentes

Factor de Riesgo	Presencia		Ausencia		RP
	<u>n</u>	Prevalencia específica producto de bajo peso	<u>n</u>	Prevalencia específica producto de bajo peso	
Uso de ropa inadecuada	71	14%	19	5%	2.8
Patología previa	31	19%	59	8%	2.3

n= 90

## Capítulo IV

### Discusión

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública y de alto riesgo y aunado a éste existen factores diversos que pueden desencadenar un resultado adverso en el embarazo. En el presente estudio los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron la patología ginecoobstétrica de las cuales prevalece mayormente la infección de vías urinarias, patología previa y la baja escolaridad. Estos hallazgos concuerdan con estudios reportados por Maida et al. (1995) y Kurganoff et al. (2001) quienes encontraron una alta prevalencia de patología obstétrica y al igual que en el presente trabajo, la principal también fue la infección de vías urinarias.

La prevalencia encontrada de baja escolaridad es similar a la reportada por Burgos y Carreño (1997) quienes además refieren que este factor se asoció con la presencia de parto distócico.

Las conductas de riesgo de mayor prevalencia fueron el uso de ropa inadecuada, la no búsqueda de información, el no control de peso, no evitar estados de estrés, no realizar caminatas o ejercicios favorables y la inasistencia a control prenatal durante el primer trimestre del embarazo. Sólo la inasistencia a control prenatal ha sido reportada en diversos estudios epidemiológicos como conducta de riesgo; Maida et al. (1995) y Wegman (1994) reportan una prevalencia de no control prenatal en jóvenes menores de 15 años similar a lo encontrado en este estudio.

La prevalencia de resultados adversos que presentaron las adolescentes, difiere en un gran porcentaje de lo reportado por otros autores; referente al resultado adverso del parto distócico, se presentó con una alta prevalencia, en el estudio de Burgos y Carreño (1997) se reporta con una prevalencia menor y Plöckinger (1998) reporta una prevalencia mínima.

El tener un producto de bajo peso como resultado adverso del embarazo, se observó con baja prevalencia; en forma similar, Maida et al. (1995) y Plöckinger (1998) reportan una prevalencia baja. Kurganoff et al. (2001) sólo mencionan que hubo mayor incidencia de bajo peso al nacer, sin reportar la prevalencia.

El producto macrosómico, la muerte neonatal y el aborto son señalados como resultados adversos por la literatura médica, aunque no han sido reportados como tal en estudios epidemiológicos, sin embargo en el presente estudio tienen una prevalencia notable.

Aun cuando no fue propósito de este trabajo establecer asociación de riesgos con resultados adversos, se pudo observar que la prevalencia específica de resultados adversos como mortalidad neonatal, aborto, producto de bajo peso, parto distócico y producto macrosómico, es mayor en presencia de patología previa dentro de las cuales la de mayor prevalencia fue la anemia. La presencia del no control de peso como conducta de riesgo aumenta la prevalencia específica de mortalidad neonatal y producto macrosómico; y la prevalencia de inasistencia a control prenatal en el primer trimestre del embarazo aumenta la prevalencia específica de aborto.

### Conclusiones y Recomendaciones

Los factores de riesgo de mayor prevalencia en las adolescentes fueron patología obstétrica, mayormente la infección de vías urinarias; patología previa, específicamente la anemia. Dentro de las conductas de riesgo que prevalecieron fueron el uso de ropa inadecuada, no buscar información sobre el cuidado del embarazo, no control de peso, no evitar estados de estrés, no caminatas o ejercicios favorables y la inasistencia a control prenatal en el primer trimestre del embarazo.

La prevalencia específica de mortalidad neonatal, aborto, producto de bajo peso, parto distócico y producto macrosómico, fue mayor en presencia de patología previa.



Se recomienda realizar un estudio comparativo entre adolescentes y mujeres jóvenes mayores de 20 años para observar las diferencias en la prevalencia de factores y conductas de riesgo y resultados adversos del embarazo y así determinar si la edad es un modificador de las prevalencias.

Además, es necesario reforzar en las adolescentes la importancia de paternidad responsable como medida de promoción de la salud, y en adolescentes embarazadas la importancia de control prenatal integral.

## Referencias

Burgos, L. & Carreño, S. (1997). Comparación de factores de riesgo en dos poblaciones embarazadas adolescentes nulíparas. Revista hospital materno infantil Ramón Sarda. (XV)3, 104-111. (en red) disponible en: <http://www.sar97c/99-113>.

Colimon, K.M. (1990). Fundamentos de epidemiología. (1ª. Ed.). Madrid: Díaz de Santos.

Emans, S. J., Laufer, M. R. & Goldstein, D. P. (2000). Ginecología en pediatría y la adolescente. (4ª. Ed) México: Interamericana Mc Graw-Hill.

García, B., Figueroa, J., Reyes, H. & Brindis, C. (1993). Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la ciudad de México. Revista Salud Pública de México, (35) 6, 682-691

Goldenberg, R., Klerman, L.V. (1995). Adolescent pregnancy-another look (editorial). Nursing English Journal Medical, 332: 1161.

Kurganoff, M., Epelbaum, J., Imfeld, M. & Martínez, M. (2001). (en red). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/organizacion/comitesnacionales/cefef/cefef>.

Maida, A., Mtiño, Ritben & Hochstatter, E.(1995). embarazo y adolescencia. (en red). Disponible en: <http://www.cemera.uchile.cl/III1embarazo.doc>

Maldonado, P. (1997). Adolescencia y sexualidad, manual de educación de la sexualidad para adolescentes. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Montemorelos. Nuevo León, México.

Mc Anarney, E.R.(1987). Young maternal age and adverse neonatal outcome. American Journal Disease's Children. 141, 1053.

Monterrosa, A. & Bello, A. (1996). Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. Revista Colombia Obstetricia Ginecología (47) 1: 15-22. (en red) disponible en: [http://www.encolombia.com/obstetricia50299\\_madres10.htm](http://www.encolombia.com/obstetricia50299_madres10.htm).

Moreno, A., López, S. & Corcho, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. Salud Pública de México, 42(4), 337-348.

Plöckinger, B. (1998). Cuando las niñas se convierten en madres. Problemas de embarazo en niñas entre 11 y 15 años. Revista Cubana Pediátrica (1) 14.

Polit, D. & Hungler, B. (1999). Investigación Científica en Ciencias de Salud. (5ta. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León (2001). Dirección General de Estadística e Informática de la Jurisdicción Sanitaria No. 7. Nuevo León, México.

Secretaría de Salud (1993). Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSAA2-1993), para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Diario Oficial de la Federación. pp. 8-9.

Secretaría de Salud (1987). Reglamento de ley general de salud en materia de investigación para la salud. México: Porrúa.

Stevens-Simon, C., Kaplan, D.W. & Mc Anamey, E.R.(1993). Factors associated with preterm delivery among pregnant adolescents. American Journal Adolescents Health. (14): 341.

Vázquez, A., Almirall, A., de la Cruz, F. & Álvarez, E.(1997). Embarazo en la adolescencia: repercusión biosocial durante el primer año de vida. Revista Cubana Pediatría (69)2, 82-88.

Wegman, M.E. (1994). Anual summary vital statistics. Pediatrics 94: 792.

## APÉNDICES

## Apéndice A

### Cuestionario de Factores de Riesgo en Adolescentes Durante su Embarazo (Alonso y Esquivias,2001)

#### I. Factores de Riesgo

1. Años cumplidos. \_\_\_\_\_
2. Estado marital      1. Con pareja \_\_\_\_\_ 2. Sin pareja \_\_\_\_\_ 3. Estado civil \_\_\_\_\_
3. Años de escolaridad. \_\_\_\_\_
4. Ocupación.
  1. Ama de casa \_\_\_\_\_ 2. Empleada \_\_\_\_\_ 3. Estudiante \_\_\_\_\_
  4. Estudia y trabaja \_\_\_\_\_ 5 Otro(especificar) \_\_\_\_\_
5. ¿De quién depende usted económicamente?
  1. De sus padres \_\_\_\_\_ 2. De su pareja \_\_\_\_\_ 3 De Usted misma \_\_\_\_\_
  - 4.Otro(especifique) \_\_\_\_\_
6. Ingreso mensual familiar. (salarios mínimos) \_\_\_\_\_
7. Número de personas que dependen del ingreso familiar. \_\_\_\_\_  
(Pregunte en forma sencilla y anote la respuesta en el lugar correspondiente cuidando No dejar espacios en blanco, ya que no existen respuesta buenas o malas).
8. A que edad inició su vida sexual \_\_\_\_\_
9. A que edad se embarazó por primera vez \_\_\_\_\_
10. Antes de embarazarse tenía alguna de las siguientes enfermedades?
  1. Desnutrición \_\_\_\_\_ 2. Del pulmón \_\_\_\_\_ 3. De la presión \_\_\_\_\_ 4. Anemia \_\_\_\_\_
  5. Ninguna \_\_\_\_\_ 6. Otra(especifique) \_\_\_\_\_
11. ¿Cuántos embarazos ha tenido (considerando el actual)? \_\_\_\_\_
- 12 ¿Cuántos meses duró su último embarazo? \_\_\_\_\_
- 13 ¿Dónde atendió su parto?
  1. En hospital /clínica \_\_\_\_\_ 2. En consultorio particular \_\_\_\_\_ 3. En el hogar \_\_\_\_\_
- 14 ¿Que tipo de parto tuvo?
  - 1.Vaginal sin problemas \_\_\_\_\_ 2.Vaginal instrumentado \_\_\_\_\_ 3.Cesárea \_\_\_\_\_

15 Procedimientos utilizados durante el parto.

1. Se usaron fórceps\_\_\_\_\_
2. Le pusieron puntos en su vagina?\_\_\_\_\_
3. Le acomodaron a su bebé para que pudiera nacer \_\_\_\_\_
4. Otros(especifique)\_\_\_\_\_

16. ¿Tuvo alguna infección ginecológica antes de su embarazo?

1. Si\_\_\_\_\_
2. No\_\_\_\_\_
3. No sabe\_\_\_\_\_

17. ¿Tuvo alguna enfermedad (gineco-obstétrica) durante ese embarazo?

1. No\_\_\_\_\_
2. Sangrado transvaginal (amenaza de aborto)\_\_\_\_\_
3. Anemia\_\_\_\_\_
4. Diabetes\_\_\_\_\_
5. Infecciones (I.T.S.)\_\_\_\_\_
6. Hipertensión\_\_\_\_\_
- 7 Otra(especifique)\_\_\_\_\_

18. ¿Cuanto pesó en Kg. su hijo(a) al nacer?\_\_\_\_\_

19. ¿Cuántos hijos vivos tiene?

1. ninguno
2. uno
3. dos
4. tres
5. cuatro o más.

20. ¿ Cuántos embarazos interrumpidos(abortos)

1. ninguno
2. uno
3. dos
4. tres
5. cuatro o más.

21. ¿Número de hijos que fallecieron en el primer año de vida?

1. ninguno
2. uno
3. dos
4. tres
5. cuatro o más.

## II. Conductas de Riesgo

(Marque con una "X" la respuesta que haya elegido la entrevistada)

PREGUNTA	SI	NO	-----
1. ¿Asistió a consulta de control prenatal durante los primeros 3 meses de su embarazo en alguna unidad médica?			
2. ¿Asistió a consulta de control prenatal entre 5 y 6 meses?.			
3. ¿Asistió a consulta de control prenatal entre el séptimo mes?.			
4. ¿Asistió a consulta de control prenatal entre el octavo mes?.			
5. ¿Asistió a consulta de control prenatal entre las dos semanas antes del nacimiento del bebé?.			
	SI	NO	Algunas Veces
6. ¿Cuidó que su peso al final del embarazo estuviera alrededor de los 12 kilos?			
7. ¿Evitó fumar durante el embarazo?			
8. ¿Evitó consumir alcohol durante el embarazo?			
9. ¿Cuidó de que su alimentación tuviera carne (pollo, pescado, res), cereal (frijol, arroz, habas), leche y huevo durante el embarazo?			
10. ¿Evitó tomar la automedicación?			
11. ¿Tomó los complementos vitamínicos o hierro durante el embarazo?			
¿Evitó el uso o contacto de sustancias que pudieran afectar el embarazo?(cloro, ácido muriático, tiner, etc.)			
12. ¿Procuró estar relajada y tranquila evitando situaciones de estrés durante su embarazo?			
13. ¿Siguió todas las indicaciones y recomendaciones por el medico y la enfermera, como acudir a realizarse los exámenes de laboratorio, vacunas y cuidado dental.?			



14. ¿Buscó información por su propia cuenta sobre el desarrollo y cuidados del embarazo?			
15. Evitó viajes o ejercicios bruscos que pusieran en riesgo la vida de su hijo?			
16. Realizó caminatas o ejercicios respiratorios que ayudaran al desarrollo del embarazo?			
17. ¿Usted hizo preparativos para recibir su bebé en casa por ejemplo: le consiguió ropa, pañales, y un espacio, le buscó nombre.			
18. ¿Cuando sospechó o se dio cuenta que estaba embarazada buscó atención médica?			
19. ¿Siguió utilizando prendas ajustadas y zapato alto durante su embarazo?			

Apéndice B  
Consentimiento Informado

La Lic. en Enfermería Ana Larios, solicita mi participación en su estudio sobre factores y conductas de riesgo del embarazo en adolescentes. Sé que me hará preguntas sobre mis datos personales y de mi bebe, así como de conductas de salud que realicé mientras estuve embarazada. Ana Larios me ha explicado que mi participación es voluntaria, que mis datos no podrán ser identificados ya que ella dará a conocer la información en forma general para obtener su grado de maestría. Me ha informado que me puedo retirar en el momento que yo lo desee, que el cuestionario es anónimo, además que no existe riesgo alguno para mi persona, así como la información que se obtenga será confidencial. El tiempo aproximado para contestar a sus cuestionarios es de 20 minutos.

---

Firma del entrevistada

---

Lic. Ana Larios López

Montemorelos, N.L. a \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_

## RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Ana Larios López

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis comunitaria.

**Tesis:** PREVALENCIA DE FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.

**Campo de estudio:** Salud Comunitaria

**Biografía:** Nacida en Lázaro Cárdenas, Tihuatlán; Veracruz el 22 de Mayo de 1966; hija de Cecilio Larios Alvarado y María López Pérez.

**Educación:** Egresada de la Universidad de Montemorelos Nuevo León con el grado de Licenciatura en Enfermería en 1995.

**Experiencia Laboral:** Enfermera del Hospital La Carlota(2000), actualmente Auxiliar de entomología en la Jurisdicción No. 7 de la Secretaría de Salud en Montemorelos Nuevo León.

**E-mail:** alarios522@hotmail.com

