

Asociación entre red de apoyo social y embarazo adolescente en una unidad de medicina familiar

Association Between Social Support Network and Adolescent Pregnancy in a Family Medicine Unit

Wendy A. Avilés-Aguilar,* María Y. Rocha-Rodríguez,* Francisco Hernández-Pérez.**

Resumen

Objetivo: evaluar el grado de asociación entre la red de apoyo social y embarazo en adolescentes en una unidad de medicina familiar. **Métodos:** diseño de casos y controles. Se seleccionaron 159 participantes adolescentes en edad fértil adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 15 de la Ciudad de México, del 1 de enero 2022 al 31 de marzo de 2023; 53 estuvieron embarazadas (casos) y 106 no (controles). Se aplicó el cuestionario MOS para evaluación del índice global de apoyo social percibido y sus dominios. Se utilizó la prueba t de Student para comparación de medias y X^2 para comparación de porcentajes; se realizó determinación de odds ratio (OR) entre los casos y controles e intervalos de confianza considerando $p < 0.05$ estadísticamente significativa. **Resultados:** se determinó que de 65 participantes (40.9%) que presentaron apoyo máximo 37.7% estaba embarazada y 42.5% no lo estaba; de 94 participantes (59.1%) que presentaron apoyo menor al máximo 62.3% se encontraba embarazada y 57.5% no lo estaba. Al calcular el grado de asociación se identificó OR de 0.82 (IC 95% 0.41-1.61), no existió asociación de riesgo entre el embarazo adolescente y el índice global de red de apoyo social ($p = 0.56$). **Conclusión:** las variables evaluadas se asociaron de forma protectora en las adolescentes embarazadas, aunque la mayoría no fue estadísticamente significativa.

Palabras clave: adolescente, embarazo en adolescencia, apoyo social, apoyo familiar.

Recibido: 23/11/2023
Aceptado: 12/02/2024

*Unidad de Medicina Familiar No. 15, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

**Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

Correspondencia:
Wendy A. Avilés-Aguilar
alisstar26@gmail.com

Sugerencia de citación: Avilés-Aguilar WA, Rocha-Rodríguez MY, Hernández-Pérez F. Asociación entre red de apoyo social y embarazo adolescente en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam.* 2024;31(3):170-176. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.388835>

Este es un artículo open access bajo la licencia cc by-nc-nd (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Summary

Objective: To evaluate the degree of association between the social support network and pregnancy among adolescents in a primary care unit. **Methods:** Case-control design. A total of 159 adolescents of childbearing age were selected from January 1, 2022, to March 31, 2023, attending the Family Medicine Unit No. 15 in Mexico City; 53 were pregnant (cases), and 106 were not (control). The MOS questionnaire was used to evaluate the global index of perceived social support and its domains. Student's t-test was used to compare means, and X^2 to compare percentages; odds ratios (OR) between cases and controls, and confidence intervals were determined, considering $p < 0.05$ statistically significant. **Results:** Of the 65 participants (40.9%) with maximum support, 37.7% were pregnant, and 42.5% were not; of the 94 participants (59.1%) with less than maximum support, 62.3% were pregnant and 57.5% were not. When calculating the degree of association, an OR of 0.82 (95% CI 0.41-1.61) was identified; there was no risk association between adolescent pregnancy, and the global index of social support network ($p = 0.56$). **Conclusion:** The variables evaluated were associated in a protective manner in pregnant adolescents, although most of them were not statistically significant.

Key words: Adolescent; Pregnancy in Adolescence; Social Support; Family Support.

Introducción

El embarazo adolescente es una condición que se encuentra en aumento, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 16 mi-

llones de adolescentes de 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año.¹ En América Latina y el Caribe la tasa de fecundidad en adolescentes ocupa la segunda más alta a nivel mundial.² Entre las naciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, México ocupa el primer lugar en embarazo adolescente con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años.³ Dicha condición ocasiona que las adolescentes enfrenten serios retos para su desarrollo biológico y psicoafectivo.^{1,4}

De acuerdo con Bedaso y cols.,⁵ la presencia de bajo apoyo social en la embarazada se asocia con un mayor riesgo de desarrollar depresión, ansiedad y autolesiones, mientras que el presentar niveles altos de apoyo social genera niveles bajos de depresión y ansiedad.⁶ Los embarazos no planificados llegan a generar inestabilidad de pareja, lo que afecta su desarrollo personal y genera abandono en los estudios y en el empleo,^{7,8} asimismo, el contexto cultural y grupo social también son factores determinantes en esta dinámica.⁹

El Instituto Nacional de las Mujeres reportó que la población mexicana percibe debilidad en redes de apoyo social.¹⁰ Asimismo, se ha reportado que en el embarazo adolescente existe una correlación significativa entre la red de apoyo social y la interacción con los hijos.^{4,11}

Según Colombo y cols.¹² las redes de apoyo más significativas para las mujeres adolescentes se encuentran dentro del núcleo familiar y están asociadas con una reducción del riesgo de depresión y la disminución de conductas maternas problemáticas. Destacan la importancia del apoyo de la pareja para la aceptación social del embarazo. Aunque comunicar

el embarazo a la familia puede ser difícil, una vez realizado, genera una percepción de apoyo por parte del entorno más cercano, el cual se espera que se mantenga constante tras el nacimiento del hijo.⁷

El embarazo adolescente puede ser percibido como un accidente o un fracaso de la adolescente y los padres, razones por las que se pueden llegar a presentar más dificultades para recibir dicho apoyo.^{7,8} Según Álvarez y cols.,⁷ las adolescentes que han experimentado un embarazo tienden a evaluar negativamente sus relaciones familiares en comparación con aquellas que no lo han experimentado, lo que se considera una influencia negativa en la práctica de la paternidad en la adolescencia.

Además, es importante considerar que la evaluación del apoyo social en adolescentes embarazadas puede estar subestimada o incompleta en el contexto del médico familiar en México, en el que herramientas como el *Medical Outcome Study* (MOS), que evalúa varios dominios de red de apoyo, incluyendo el afectivo, material, ocio/distracción y emocional, no se utilizan ampliamente en esta población.¹³⁻¹⁶ Esto podría limitar la detección temprana de adolescentes en riesgo de presentar un apoyo social mínimo durante el embarazo y la crianza, lo que subraya la necesidad de una mayor atención a esta área en la práctica clínica y las políticas de salud pública.

La detección oportuna de alteraciones en las redes de apoyo durante el embarazo adolescente es primordial para prevenir complicaciones con impacto biopsicosocial, por tal motivo se propuso evaluar la asociación de red de apoyo y embarazo en adolescentes en una unidad de medicina familiar.

Métodos

Estudio de casos y controles. Se incluyeron mujeres embarazadas (casos) y no embarazadas (controles) de entre 10 y 19 años, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, de enero 2022 a marzo 2023, que aceptaron participar por medio de consentimiento informado. Este trabajo fue aprobado por el comité de ética e investigación en salud.

Se calculó el tamaño de muestra con datos proporcionados por el Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) obteniendo un total de 53 casos, por lo que se eligió relación 1:2 para los controles con un total de 106 mediante un muestreo por conveniencia en ambos grupos. Para los criterios de inclusión en los casos, se consideraron participantes en periodo gestacional que no hubiera sido producto de violación, para los controles se consideró que nunca hubieran estado embarazadas y que contaran con antecedente de menarca; como exclusión se consideró la presencia de enfermedades neurológicas o psiquiátricas que les impidiera la resolución de cuestionario, así como la ausencia de padre o tutor de menores de edad para firma de consentimiento y asentimiento informado para ambos grupos. Se eliminaron participantes que no realizaron llenado completo de cuestionario.

Se citó a las adolescentes embarazadas (casos) que aceptaron participar en instalaciones de la unidad médica en días a convenir, previo contacto telefónico obtenido en el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF). A las adolescentes no embarazadas (controles), se les seleccionó en días alternos en instalaciones de la unidad.

En ambos grupos se recolectaron datos sociodemográficos y ginecológicos, se aplicó Cuestionario MOS y se otorgó una plática sobre embarazo adolescente y métodos de planificación familiar como método de promoción a la salud.

El MOS es un instrumento de auto aplicación y evalúa cuantitativamente el índice global de apoyo social; cuenta con alfa de Cronbach de 0.88 y > 0.76 para cada subescala que lo integra, está validado en población adolescente latina.¹⁴⁻¹⁶ Comprende 1 pregunta para valorar apoyo social cuantitativo y 19 preguntas en las que los puntajes van de 1-5 en escala tipo Likert que evalúan 4 dimensiones de red de apoyo cualitativo (emocional, material, afectivo y ocio/distracción); el puntaje total se obtiene de la suma de los 19 reactivos y se clasifica de acuerdo con el nivel máximo (94 puntos), medio (57-93 puntos) y mínimo (19-56 puntos); para la evaluación de cada dimensión se realizó la suma de ítems específicos de acuerdo con el cuestionario con el siguiente corte: emocional máximo (40 puntos), medio (24-39 puntos) y mínimo (8-23 puntos); material y de ocio/distracción máximo (20 puntos), medio (12-19 puntos) y mínimo (4-11 puntos); afectiva máximo (15 puntos), medio (9-14 puntos) y mínimo (3-8 puntos).¹³⁻¹⁶

Se calcularon frecuencias y porcentajes; para comparación de medias en variables cuantitativas, se utilizó *t* de Student para pruebas independientes y χ^2 para comparación de porcentajes entre grupos independientes de variables cualitativas; se realizó determinación de *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza considerando $p < 0.05$ estadísticamente significativa. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v. 25.

Resultados

Se estudiaron a 159 mujeres adolescentes, de las cuales 53 estaban embarazadas (casos) y 106 no (controles), la edad media fue de 16.96 ± 2.15 años y la de menarca 11.99 ± 1.35 . El inicio de la vida sexual, en promedio, fue a los 14.47 ± 1.83 años. Las diferentes características sociodemográficas se describen en la Tabla 1.

En el grupo de los casos, 64.2% ($n = 34$) refirió embarazo no planeado; 75.5% ($n = 40$) no llegó a tener pensamiento de interrupción del embarazo por no sentir apoyo emocional, 84.9% ($n = 45$) por apoyo económico y 96.2% ($n = 51$) por apoyo social; 90.6% ($n = 48$) percibió apoyo por parte de su familia, 60.4% ($n = 32$) por su pareja, 69.8% ($n = 37$) por sus amigos y 94.3% ($n = 50$) por la unidad de medicina familiar; 43.4% ($n = 23$) sintió que decepcionaba a su familia y 7.5% ($n = 4$) que la avergonzaba; 73.6% ($n = 39$) tuvo temor a la reacción de su familia y 20.8% ($n = 11$) a la de su pareja.

Al comparar las medias de las variables cuantitativas entre casos y controles se encontraron los datos descritos en la Tabla 2.

Al comparar las variables cualitativas entre casos y controles se encontraron los datos referidos en la Tabla 3.

Al realizar la comparación de casos y controles se observó que la persona de la que reciben más apoyo en ambos grupos fue la madre (Figura 1).

Al analizar el índice global de red de apoyo total se determinó que de 40.9% (65 participantes) que presentó apoyo máximo, 37.7% estaba embarazada y 42.5% no lo estaba; de 94 participantes que presentaron apoyo menor al máximo, 62.3% se encontraba embarazada y 57.5% no lo estaba. Se encontró OR de

Tabla 1. Características generales de la población de estudio

Característica	n (%)
Religión	
Ninguna	39 (24.5)
Católica	90 (56.6)
Cristiana	25 (15.7)
Otra	5 (3.1)
Estado civil	
Soltera	132 (83)
Casada	3 (1.9)
Unión libre	24 (15.1)
Nivel máximo de estudios concluido	
Preescolar	1 (0.6)
Primaria	15 (9.4)
Secundaria	50 (31.4)
Carrera técnica	7 (4.4)
Bachillerato	86 (54.1)
Ocupación	
Hogar	33 (20.8)
Estudiante	89 (56)
Empleada	16 (10.1)
Estudiante y empleada	21 (13.2)
Ingreso mensual familiar	
\$5,400 o menos	37 (23.3)
\$5,401 a \$8,900	92 (57.9)
\$8,901 a \$12,300	23 (14.5)
\$12,301 a \$19,900	4 (2.5)
>\$19,900	3 (1.9)
Inicio de vida sexual	
Sí	103 (64.8)
No	56 (35.2)

Uso de método de planificación familiar	
Sí	76 (47.8)
No	83 (52.2)
Se ha realizado Papanicolaou	
Sí	15 (9.4)
No	144 (90.6)
Tiene novio/pareja	
Sí	109 (68.6)
No	50 (31.4)
Vive actualmente con novio/pareja	
Sí	27 (17)
No	132 (83)
Persona de la que recibe más apoyo	
Nadie	4 (2.5)
Papá	23 (14.5)
Mamá	101 (63.5)
Hermanos	9 (5.7)
Otro	22 (13.8)
Sus padres viven juntos	
Sí	123(77.4)
No	36(22.6)
Actualmente vive con	
Papá y mamá	117 (73.6)
Papá	2 (1.3)
Papá y madrastra	2 (1.3)
Mamá	23 (14.5)
Mamá y padrastro	4 (2.5)
Otro	11 (6.9)

0.82 (IC 95% 0.41-1.61), no existiendo asociación de riesgo entre el embarazo adolescente y el índice global de red de apoyo social ($p= 0.56$). En cuanto a la clasificación de red de apoyo social por dominios no se encontró asociación de riesgo, las variables analizadas se asociaron de forma protectora en las participantes embarazadas, aunque la mayoría no fue estadísticamente significativa. Se obtuvo la comparación de los porcentajes más altos obtenidos en los niveles de apoyo en ambos grupos mostrando un valor porcentual alto en el dominio de apoyo emocional (Tabla 4).

Discusión

Se ha señalado que las gestantes reciben más apoyo económico de la familia de origen que de la pareja,¹⁷ encontrándose resultados similares en nuestro estudio donde la mayoría refirió vivir con ambos padres y pedir apoyo, principalmente, a la madre dentro del núcleo familiar. Aunque un alto porcentaje de adolescentes refirió tener pareja en este estudio, la mayoría no vivía con ella, esto puede deberse al contexto social y generacional en las que las familias tienden a ser monoparentales a temprana edad al considerar que la pareja no tiene el sustento suficiente para independizarse. Al respecto, Ortiz y cols.,¹⁸ mencionan que la adolescencia es una etapa de inmadurez para enfrentar la vida en pareja y sobrellevar los cambios de un embarazo, esto puede llevar a las adolescentes a decidir no abandonar el hogar familiar.

En cuanto a las características generales del grupo de casos, se observó que la ocupación principal para 62.3% era el hogar. Sin embargo, respecto al estado civil, la mayoría estaba soltera (56.6%) y el nivel educativo máximo alcanzado fue de bachillerato (47.2%).

Tabla 2. Análisis Inferencial casos y controles, comparación de medias en variables cuantitativas

Variable	Casos n= 53	Controles n= 106	p*
Edad media (DE)	17.7 ± 1.35	16.56 ± 2.35	0.000
Menarca	12.15 ± 1.27	11.92 ± 1.39	0.826
Edad de inicio de vida sexual	16.02 ± 1.64	15.69 ± 1.23	0.000
Número de parejas sexuales	1.68 ± 0.77	0.70 ± 1.06	0.523
Índice Global de apoyo social	84 ± 13.48	87.78 ± 10.49	0.005
Índice apoyo emocional	33.79 ± 6.88	35.75 ± 5.62	0.009
Índice apoyo material	18.06 ± 3.14	19.03 ± 2.36	0.002
Índice de apoyo de ocio y distracción	18.11 ± 2.84	18.75 ± 2.17	0.008
Índice apoyo afectivo	14.04 ± 1.88	14.26 ± 1.55	0.072

*t de Student

Tabla 3. Análisis inferencial casos y controles, comparación de frecuencias en las características generales de la población de estudio

Variable	Casos n (%)	Controles n (%)	p*
Estado civil			0.000
Soltera	29 (54.7)	103 (97.2)	
Casada	3 (5.7)	0 (0)	
Unión libre	21 (39.6)	3 (2.8)	
Nivel máximo de estudios concluido			0.019
Preescolar	1 (1.9)	0 (0)	
Primaria	1 (1.9)	14 (13.2)	
Secundaria	22 (41.5)	28 (26.4)	
Carrera técnica	4 (7.5)	3 (2.8)	
Bachillerato	25 (47.2)	61 (57.5)	
Ocupación			0.000
Hogar	33 (62.3)	0 (0)	
Estudiante	7 (13.2)	82 (77.4)	
Empleada	13 (24.5)	3 (2.8)	
Estudiante y empleada	0 (0)	21 (19.8)	

*X²

Estos resultados difieren de los obtenidos por Ortiz,¹⁸ quien encontró que la mayoría de su muestra estaba en unión libre (62.1%) y que 52.2% tenía o estaba cursando hasta secundaria. Estas diferencias podrían indicar variaciones en las circunstancias sociales y educativas de las adolescentes embarazadas en diferentes contextos geográficos o culturales, lo cual destaca la importancia de adaptar las intervenciones y políticas de salud pública a las necesidades específicas de cada población.

Byonanebye y cols.,¹⁹ encontraron que el embarazo adolescente estaba significativamente asociado con el estado civil de casada o vivir en pareja, en contraste con las adolescentes solteras. Además, observaron que aquellas que habían completado la educación secundaria tenían una menor probabilidad de embarazo en comparación con las que no habían asistido a la escuela. Estos resultados difieren de los nuestros, especialmente en lo referente al estado civil, lo que podría atribuirse a diferencias en la población estudiada, la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico y las normas culturales. Es importante determinar si las adolescentes se embarazan mientras están estudiando o si abandonan la escuela debido a la falta de apoyo material, lo que podría llevarlas a vivir con su pareja y quedar embarazadas. En nuestros hallazgos, la mayoría de las adolescentes eran solteras y tenían educación de nivel bachillerato, lo que sugiere que algunas quedaron embarazadas mientras estudiaban y pudieron continuar gracias al apoyo material de sus familias, sin necesidad de vivir en unión libre con su pareja. Esto podría indicar que el apoyo familiar tiene un peso mayor que el apoyo de la pareja en términos de necesidades materiales. Sin embargo, es necesario investigar más

Figura 1. Personas de las que se percibe más apoyo entre casos y controles

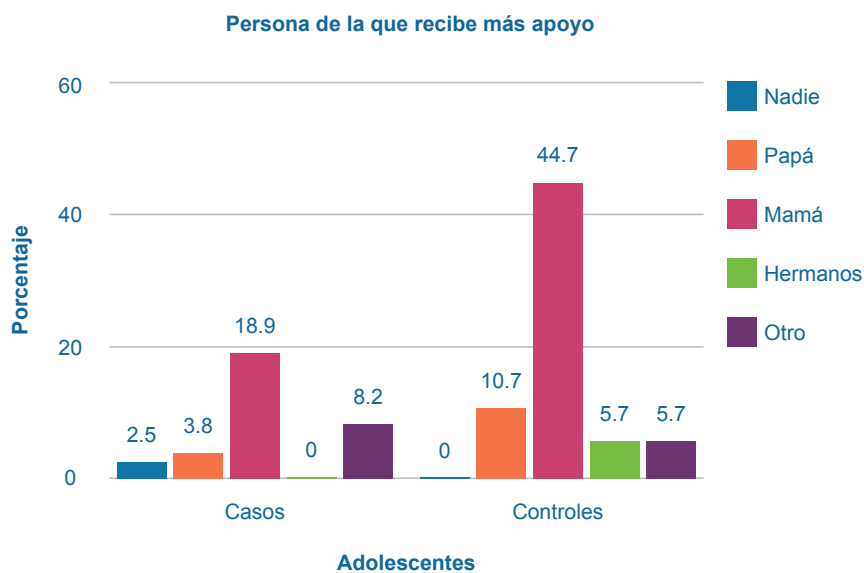


Tabla 4. Comparación de los porcentajes más altos obtenidos en los dominios de apoyo social y su asociación de riesgo con embarazo en adolescentes

Variable	Casos n (%)	Controles n (%)	OR (IC 95%)	P*
Nivel de índice global de red de apoyo			0.82 (0.41-1.61)	0.568
Apoyo máximo	20 (37.7)	45 (42.5)		
Apoyo menor al máximo	33 (62.3)	61 (57.5)		
Nivel de apoyo emocional			0.76 (0.38-1.49)	0.427
Apoyo máximo	20 (37.7)	47 (44.3)		
Apoyo menor al máximo	33 (62.3)	59 (55.7)		
Nivel de apoyo material			0.49 (0.24-1.00)	0.049
Apoyo máximo	32 (60.4)	80 (75.5)		
Apoyo menor al máximo	21 (39.6)	26 (24.5)		
Nivel de apoyo ocio/distracción			0.82 (0.42-1.60)	0.574
Apoyo máximo	27 (50.9)	59 (55.7)		
Apoyo menor al máximo	26 (49.1)	47 (44.3)		
Nivel de apoyo afectivo			1.14 (0.55-2.36)	0.714
Apoyo máximo	38 (71.7)	73 (68.9)		
Apoyo menor al máximo	15 (28.3)	33 (31.1)		

*X²

OR: Odd Ratio

IC: Intervalos de Confianza a 95%

estas variables y tener en cuenta las limitaciones sociales y culturales.

En nuestro estudio, la mayoría de las participantes embarazadas reportaron un ingreso social bajo según los datos del INEGI.²⁰ Es posible que esta situación se deba a que estas adolescentes, al encontrarse en una etapa de vida en la que aún no han completado su educación, se vean obligadas a trabajar para sostener a su hijo. Evaluar esta relación podría proporcionar información crucial para desarrollar intervenciones que aborden las barreras educativas y económicas que enfrentan las adolescentes embarazadas de bajos recursos.

Es relevante señalar que, aunque un alto porcentaje de los embarazos no fue planeado, sí fue deseado, y solo un pequeño porcentaje consideró interrumpir

su embarazo debido a la falta de apoyo emocional, económico y social. Esto podría indicar una complejidad en las percepciones y decisiones relacionadas con el embarazo entre las adolescentes. Además, el hecho de que solo un pequeño porcentaje considerara la interrupción del embarazo debido a la falta de apoyo destaca la importancia de estos factores en el proceso de toma de decisiones en torno al embarazo adolescente. Lo anterior sugiere que las adolescentes pueden priorizar otros aspectos, como el deseo de tener un hijo, sobre las dificultades que puedan enfrentar.

Encontramos diferencias significativas en la composición del hogar entre nuestro estudio y el de Ortiz y cols.¹⁸ Mientras que en nuestro grupo 69.8% de las adolescentes embarazadas continuó

viviendo con ambos padres y 45.3% con su pareja, en el estudio referido este porcentaje fue diferente. Además, observamos que 22.6% de las participantes provenía de familias con padres separados, en contraposición, 53.8% fue lo reportado en otros estudios.

Aguilar y col.,²¹ en un estudio similar, identificaron que 57.4% de las adolescentes embarazadas no recibía apoyo emocional, mientras que 59% recibía apoyo material. Las adolescentes que carecían de apoyo emocional mayormente vivían con su pareja, seguidas de sus padres, estos resultados fueron similares a los nuestros, en el que encontramos que 62.3% no recibía apoyo emocional y 60.4% recibía el máximo nivel de apoyo material. Esto sugiere la presencia de apoyo material por parte de los padres, considerando que la mayoría de las adolescentes reportó como ocupación principal el hogar.

La presencia de redes de apoyo en una adolescente en periodo gestacional es importante, sobre todo el apoyo material ya que tendrá actividades limitadas,²² en nuestro estudio se observó que está más presente en las no embarazadas que en las embarazadas, sin embargo, no tuvo significancia estadística, por lo que el hecho de estar en periodo gestacional o no, no influye en la red de apoyo ya que ésta permanece constante, lo que puede indicar la importancia del apoyo entre los miembros de las familias mexicanas.

Entre nuestras limitaciones, encontramos una falta de antecedentes sobre el estudio de redes de apoyo en este grupo de edad. Sin embargo, a pesar de las diferencias en los diseños de estudio, nuestros resultados muestran similitudes con investigaciones realizadas en otros países. Asimismo, pudieron existir sesgos debido a falta de inclusión de variables

relevantes, como el historial de embarazo en la madre de la adolescente embarazada, la presencia de violencia intrafamiliar, la aceptación del embarazo por parte de los padres y la edad de la pareja.

Conclusión

Se evaluó el grado de asociación entre el índice global de red de apoyo y el embarazo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar, no encontrando una asociación de riesgo al contar con un índice global de apoyo menor al máximo. Los niveles de índice global de red de apoyo social, apoyo emocional, apoyo material y apoyo de ocio/distracción se asociaron de forma protectora en las adolescentes embarazadas.

Si bien es cierto que el embarazo adolescente es una problemática debido a las complicaciones materno-fetales, también es importante la valoración de redes de apoyo en dicho grupo de edad como abordaje integral para realizar intervenciones en la prevención primaria y secundaria sobre la concientización de la paciente y su familia acerca del periodo de gestación y la crisis que puede conllevar para generar un menor impacto psicoemocional, ya que el soporte emocional es uno de los factores importantes para el desarrollo en la etapa adolescente.

Contribución de los autores

WA A-A: conceptualización, desarrollo y escritura, aplicación de encuestas, análisis de datos y discusión de resultados; F H-P: conceptualización y análisis de datos; MY R-R: discusión de resultados. Todos los autores aprueban la publicación del presente escrito.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento externo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. WHO. Adolescent pregnancy [Internet]. [citado el 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. OPS, OMS. El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Reseña técnica, agosto del 2020 [Internet]. [citado el 22 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/embarazo-adolescencia-america-latina-caribe-resena-tecnica-agosto-2020>
3. UNAM. México, primer lugar en embarazos en adolescentes entre países integrantes de la OCDE [Internet]. [citado el 25 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_729.html
4. Lira Plascencia J, Oviedo Cruz H, Pereira LA, Dib Schekaiban C, Grosso Espinoza JM, Ibarguengoitia Ochoa F, et al. Análisis de los resultados perinatales de los primeros cinco años del funcionamiento de una clínica de atención para adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstet Mex.* 2006;74(05):241-246.
5. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health.* 2021;18(1):162.
6. Rodríguez LP, Flores GR. Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y Estrés.* 2018;24(2-3):67-72.
7. Álvarez NC, Pastor MG, Linares AM, Serrano MJ, Rodríguez L. Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria.* 2012;26(6):497-503.
8. Baeza WB, Póo FAM, Vásquez PO, Muñoz NS, Vallejos VC., Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007;72(2):76-81.
9. CONAPO. Determinantes del embarazo adolescente en México y su impacto socioeconómico [Internet]. [citado 2023 Ago 26]. Disponible en: <http://www.gob.mx/conapo/documentos/determinantes-del-embarazo-adolescente-en-mexico-y-su-impacto-socioeconomico>
10. Instituto Nacional de las Mujeres. Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México [Internet]. [Citado 2022 Ago 10]. Disponible en: www.inmujeres.gob.mx
11. Lara PJ. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Control prenatal en adolescentes: evaluación del riesgo materno-infantil. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(3):S47-S86.
12. Colombo G, Pombo G, Luxardo N. Género, embarazo y adolescencia. Modelos familiares, redes de apoyo y de construcción de proyectos personales desde la perspectiva de las adolescentes. *Rev Int Investig Cienc Soc.* 2012;8(2):161-182.
13. Comunidad - semFYC. Medical Outcome Study [Internet]. [Citado 2023 Ago 23]. Disponible en: <https://comunidad.semfyces.com/articulo/el-cuestionario-medical-outcomes-study-mos-un-instrumento-para-evaluar-el-apoyo-social>
14. Mosqueda DA, Mendoza PS, Jofré AV, Barriga OA. Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enferm Glob.* 2015;14(39):125-136.
15. Rodríguez ES. Adaptación a niños del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Liberabit.* 2011;17(2):117-128.
16. Martínez BAE, Sánchez RS, Aguilar VEJ, Rodríguez PV, Riveros RA. Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual.* 2014;4(2):93-101.
17. Contreras J. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008- 2009 [Internet]. [citado 2023 Ago 12]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/9481>
18. Ortiz SR, Anaya ONI, Sepúlveda RC, Torres TSJ, Camacho LPA. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. *MedUNAB.* 2005;8(2):71-77.
19. Byonanebye J, Brazauskas R, Tumwesigye N, Young S, May T, Cassidy L. Geographic variation and risk factors for teenage pregnancy in Uganda. *Afr Health Sci.* 2020;20(4):1898-1907.
20. INEGI. Estadísticas experimentales. Cuantificando la clase media en México 2010-2020 [Internet]. [Citado 2021 Ago 22]. Disponible en: www.inegi.org.mx
21. Aguilar de Mendoza AS, Quintanilla-Campos MN. El apoyo social presente en el embarazo y puerperio de la madre adolescente. *Rev Entorno.* 2021;(72):55-65.
22. Buldum A, Güner Emül T. The Fear of Childbirth and Social Support in Adolescent Pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2021;34(6):839-846.