

Salud familiar en familias con adolescente gestante

Family health in families with pregnant adolescents

Saúde familiar em famílias com adolescentes gestantes

MARTHA CECILIA VELOZA MORALES*

Resumen

La investigación se basó en la teoría de organización sistémica de Marie Louse Friedemann; el objetivo fue describir el grado de salud familiar de familias con adolescente gestante. Estudio Descriptivo transversal comparativo, con abordaje cuantitativo donde se evaluó el grado de salud familiar a 100 familias atendidas en dos instituciones prestadoras de Salud (IPS) en Bogotá, Colombia; se organizaron en dos grupos: la mitad de las familias con adolescentes gestantes que presentaron morbilidad en el tercer trimestre del embarazo y la otra mitad que no presentaron morbilidad; para la recolección de la información se utilizó el instrumento ISF GES 19 diseñado, implementado y probado por la doctora Pilar Amaya de Peña. Se obtuvo una visión global acerca de la salud familiar y se comparó el grado de salud familiar de acuerdo con las características halladas en cada uno de los grupos.

Se concluye que las familias no sienten o no perciben el riesgo de sufrir o no una patología durante el embarazo, y por tanto, no afecta su grado de salud familiar el cual consideran saludable y satisfeccho. Se invita a crear estrategias que conlleven a disminuir los riesgos de salud a que se expone la familia y la madre adolescente.

* Magíster en enfermería, con énfasis en Salud Familiar, Enfermera servicio Gineco-obstetricia Hospital Universitario Clínica San Rafael, Docente ocasional Facultad de enfermería Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, Docente medio tiempo: Cuidado de enfermería a la familia, facultad de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina. marthaveloza@hotmail.com, Bogotá, Colombia.

Palabras clave: familia, adolescente, embarazo, salud de la familia (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

The research was based on Marie Louise Friedemann's theory of systemic organization. This paper is purported to describe the level of family health of families with pregnant teenage daughters. Comparative cross-sectional descriptive study with a quantitative approach that assesses the level of family health of 100 families treated in two Health Provider Institutions (IPS) in Bogotá, Colombia. They were divided into two groups: the first group was made up by the families with pregnant adolescents that showed signs of morbidity in the third quarter of the pregnancy and the second group was formed by the families with pregnant adolescents that showed no signs of morbidity. The ISF GES 19 instrument was used to gather data. This instrument was designed, implemented and tested by Dr. Pilar Amaya de Peña. An overview of family health levels was obtained and compared against the characteristics found in each group.

In conclusion, families do not feel or perceive the risk to suffer or not from a pathology during the pregnancy, so therefore, it affects family health levels in no way, thus, considering family health as both healthy and satisfactory. An urge is made to create strategies aimed at decreasing health-related risks to which the families and teenage mothers are exposed.

Keywords: family, adolescent, pregnancy, family health.

Resumo

A pesquisa foi baseada na teoria da organização sistémica de Marie Louse Friedemann; o objeto foi descrever o grau de

saúde familiar das famílias com adolescentes gestantes. Estudo descritivo transversal comparativo, com abordagem quantitativa onde foi avaliado o grau de saúde familiar de 100 famílias atendidas em duas instituições fornecedoras de serviços de saúde (IPS) em Bogotá, Colômbia. As 100 famílias foram organizadas em dois grupos: a metade das famílias com adolescentes gestantes que apresentaram morbidez no terceiro trimestre de gravidez e a outra metade conformada por aquelas famílias com adolescentes gestantes que não apresentaram morbidez; para a compilação da informação, utilizou-se o instrumento ISF GES 19 desenhado, implementado e testado pela Doutora Pilar Amaya de Peña. Obteve-se uma visão global sobre a saúde familiar e se comparou o grau de saúde familiar de acordo com as características achadas em cada um dos grupos.

Conclui-se que as famílias não sentem ou não percebem o risco de sofrer ou não uma patologia durante a gravidez, e por tanto, não afeta seu grau de saúde familiar, que consideram saudável e satisfatório. Faz-se um apelo para criar estratégias voltados a diminuir os riscos de saúde aos quais a família e a mãe adolescente estão expostas.

Palavras-chave: família, adolescente, gravidez, saúde da família.

INTRODUCCIÓN

La gestación en la adolescencia es un fenómeno que actualmente ocurre con mayor frecuencia en América Latina. La Unicef y el Unifem estimaron que para 2008 el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes estaba entre 15 y 26 %, y el centro Latinoamericano de Demografía consideró que este porcentaje es cercano al 20 % (1).

En Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2005), realizada por Profamilia (2), reveló que el embarazo adolescente sigue en aumento al pasar de 19 a 21 % entre 2000 y 2005; esta misma encuesta menciona que una de cada 5 mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada; de estas, 16 % ya son madres y el 4 % estaban esperando su primer hijo; situación que conlleva a diferentes problemáticas familiares, motivo de preocupación de entidades gubernamentales y no gubernamentales encargadas de la atención de los adolescentes. De acuerdo con el área geográfica colombiana, los mayores incrementos en la proporción de adolescentes gestantes se presentaron en Bogotá y los Santanderes (2).

En Bogotá, las localidades que reportaron mayores tasas de nacimientos en adolescentes, contados por cada 10.000 jóvenes entre 10 y 19 años son: Santafé (57,7 %),

Usme (56,63 %), Candelaria (51,22 %), San Cristóbal (48,83 %) y Rafael Uribe (47,48 %). La zona urbana registró menor índice de adolescentes embarazadas (18,5 %), frente a la zona rural (27 %) (3).

En cuanto a las familias con adolescentes, esta situación influye en la estructura de la familia, dando origen a cambios en la composición, tipología y funcionalidad. En este sentido, la familia con adolescente embarazada vive un proceso que produce una serie de sentimientos y transformaciones en su dinámica, generando una problemática familiar que muchas veces repercute en las relaciones familiares que pueden comprometer la salud del adolescente, el recién nacido y la familia (4).

La llegada de los hijos influye en la transformación de la estructura familiar (tipología y roles familiares) y en el funcionamiento familiar; Puyana expresa: “En Colombia, en el siglo xx, se presentaron profundos cambios demográficos tanto en la mortalidad como en la fecundidad, la nupcialidad y en los diversos tipos de familia”, es así que, a escala nacional como en Bogotá, aparecen dinámicas distintas en los tipos de hogar (5).

Conocer el grado de salud familiar y el estado de salud de las adolescentes gestantes (tercer trimestre de embarazo a puerperio inmediato) es útil como punto de partida para plantear posteriormente intervenciones de enfermería de acuerdo con los hallazgos obtenidos en el estudio; como dice Amaya de Peña “... la tendencia inicial es saber cómo es, cómo se comporta la familia, antes de proponer y probar estrategias de intervención” (6).

El grado de Salud familiar hace referencia al funcionamiento familiar y a la satisfacción que tiene con lo que es y con lo que hace la familia. El objetivo de este estudio es comparar el grado de salud de las familias con adolescente gestante con y sin morbilidad durante el tercer trimestre de la gestación; este trabajo se basa en la teoría de Organización Sistémica de Marie Louise Friedemann y la utilización del instrumento de Salud Familiar y Gestación ISF GES 19, diseñado, implementado y probado por la doctora Pilar Amaya de Peña.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal comparativo, con abordaje cuantitativo.

Población y ámbito del estudio: familias con adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Univer-

sitario Clínica San Rafael y en la Clínica Carlos Lleras Restrepo de Bogotá, en el periodo transcurrido entre diciembre de 2002 a abril de 2003. La muestra fue probabilística, aleatoria, y sistemática, aplicada a listas que procedieron de distintas secciones de la población, representadas por las diferentes unidades o servicios de las dos instituciones prestadoras de salud de donde se tomaron los casos índice (adolescentes gestantes en tercer trimestre de gestación o en puerperio inmediato).

Se tomaron 100 familias con adolescente gestante, de las cuales 50 presentaron alguna morbilidad en el tercer trimestre del embarazo y 50 no lo presentaron; de las 100 familias, 52 fueron atendidas en la Clínica San Rafael y 48 en la Clínica Carlos Lleras Restrepo.

Criterios de inclusión:

- Familias con adolescente gestante en tercer trimestre de gestación o en posparto inmediato
- Informante mayor de 15 años
- Historia clínica de la adolescente gestante con valoración y diagnóstico médico en el momento de la entrevista
- Familias de estratos 1 y 2

Instrumento: el grado de salud familiar se midió mediante el ISF GES 19. Salud Familiar, de la doctora Pilar Amaya de Peña. Consta de 19 ítems que se califican en dos escalas de Likert: a) la escala de acuerdo (lo que la familia es) y 2) la escala de satisfacción (grado de satisfacción con lo que la familia es). El instrumento presenta características psicométricas como son la confiabilidad y la validez; los índices de confiabilidad del instrumento se estimaron mediante coeficientes de consistencia interna, equivalencia por mitades y test-retest, y la validez del instrumento se evaluó por medio de la valoración de la validez de contenido (a través del índice de validez de contenido [IVC]), la validez de constructo por medio del análisis factorial exploratorio y la validez concurrente estimada, por coeficientes de correlación de Pearson entre las escalas y los puntajes en las pruebas Apgar familiar de Smilkstein y EEE-F (evaluación de estrategias de efectividad familiar) de Friedemann (7).

Procedimiento: se realizó el cálculo de la muestra, y se procedió a seleccionar de forma aleatoria a las adolescentes gestantes atendidas en las dos Instituciones Prestadoras de Salud. La entrevista se practicó en los servicios o unidades de ginecoobstetricia (consulta

externa, salas de parto, puerperio y unidad de alto riesgo) de las instituciones en donde fueron atendidas, revisando la historia clínica para identificar morbilidad presente, antecedentes obstétricos, semanas de gestación y diagnósticos médicos.

Con la información obtenida, las familias se clasificaron en dos grupos: A: familias con adolescente gestante con morbilidad del tercer trimestre del embarazo y B: familias con adolescente gestante sin morbilidad.

Se utilizó Epi Info y Excel para el procesamiento de datos.

RESULTADOS

Las familias se clasificaron en dos grupos; grupo A familias con adolescente gestante que presentaban morbilidad en el tercer trimestre del embarazo y grupo B, familias con adolescente gestante sin morbilidad.

Datos específicos de la adolescente gestante como persona índice del estudio

Edad, patologías frecuentes y tipo de familia. La edad de las adolescentes gestantes más frecuente fue de 17 años, correspondiente al 35 %, seguido de las adolescentes de 19 años, 28 % y de adolescentes de 16 años, 17 %. El 34 % de las gestantes de 19 años presentaron morbilidad en el tercer trimestre de la gestación, 22 %, de 16 años y 22 %, de 17 años; del grupo que no presentó morbilidad, el 48 % correspondía a las gestantes de 17 años, seguidas por el 22 % de gestantes de 19 años. 92 adolescentes gestantes cursaban su primera gestación, 6 la segunda y 2 la tercera.

Las patologías más frecuentes halladas en el tercer trimestre del embarazo de las adolescentes del estudio fueron: la amenaza de parto pretermino, 34 %, junto con 34 % de adolescentes que presentaron alguna patología hipertensiva (eclampsia, preeclampsia, toxemia), le sigue en orden de frecuencias la ruptura prematura de membranas (RPM) con el 14 %.

El tipo de familia que prevaleció fue la nuclear con 69 familias; 34 correspondían a familias con adolescente que presentaba morbilidad en el tercer trimestre de embarazo; el tipo de familia nuclear modificada presentó 19 familias, de las cuales 8 tenían adolescente gestante con morbilidad.

Datos obtenidos del instrumento ISF GES19

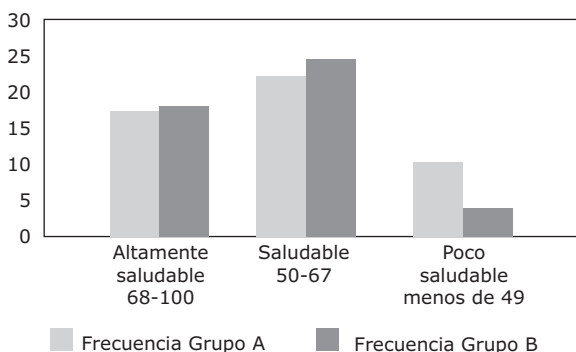
El instrumento ISF GES 19 tiene dos escalas: la escala de acuerdo que representa y sigue lo que la familia hace en cada dimensión y la escala de satisfacción, que expresa la satisfacción de la familia con lo que es.

De las 100 familias encuestadas, según la escala de acuerdo; 48 % refirieron ser saludables, 38 % altamente saludables y 14 %, poco saludables, y según la escala de satisfacción, 53 % manifestaron estar altamente satisfechas, 37 % satisfechas y 10 % poco satisfechas.

En cuanto a la distribución porcentual de familias por grupo A y B (con y sin morbilidad) con relación al grado de acuerdo, se observó: 44 % del grupo A como familias saludables y del grupo B correspondiente al 52 %, a familias altamente saludables; del grupo A, 36 % y del grupo B, 40 %, y familias poco saludables del grupo A, 20 % y del grupo B, 8 %.

Cuando se compararon los dos grupos de familias con adolescente gestante en las dos escalas de salud familiar, de acuerdo y de satisfacción, no se encontró diferencia significativa, por tanto, se considera que las familias con adolescente gestante con morbilidad en el tercer trimestre del embarazo como las familias con adolescente gestante sin morbilidad son saludables y están satisfechas con lo que son (ver figuras 1 y 2).

Figura 1. Comparación familias con adolescente gestante con y sin morbilidad según grado de acuerdo

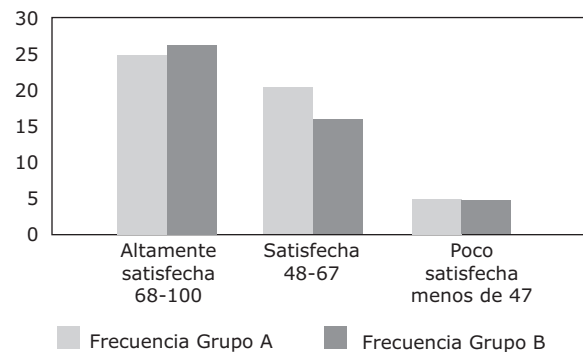


Fuente: datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento ISF GES 19 por Martha C. Veloza M.

Es importante resaltar que aunque la figura 1 muestra que el número de familias con la calificación de alta-

mente saludable y saludable del grupo B fue mayor que el grupo A, contrario al número de familias con calificación de poco saludable donde el grupo A tuvo más número de familias poco saludables; la interpretación de la medida estadística Chi cuadrado que dio como resultado 3,13 es que no existe evidencia estadística de diferencia entre los dos grupos.

Figura 2. Comparación familias con adolescente gestante con y sin morbilidad según grado de satisfacción



Fuente: datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento ISF GES 19 por Martha C. Veloza M.

DISCUSIÓN

Con respecto a la frecuencia de edad, los resultados muestran que las adolescentes quedaron en gestación al final de la adolescencia (35 % de 17 años y 28 % de 19 años). Según Issier, en esta etapa que corresponde a la adolescencia tardía, que va de los 17 a los 19 años, los adolescentes “presentan una perspectiva más adulta y adquieren mayor importancia las relaciones íntimas” (8). Referente al grupo de 16 años; Issier dice que “para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo” (8). En el presente estudio los resultados porcentuales de adolescentes gestantes de 16 años fue 17 %, pertenecientes a la etapa de adolescencia media.

El artículo realizado por León, Minassian, Borgoño y Bustamente refiere que

Trabajos realizados en el extranjero señalan que el 60 % de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son

primigestas (del 73 % al 93 %). Sin embargo, 60 % de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes (1).

Se puede observar también en este estudio que de las 100 adolescentes, 92 cursaban su primer embarazo, 6 su segunda gestación y 2 su tercera; el análisis del porcentaje de gestaciones mostró que el 92 % de las adolescentes cursaba su primera gestación, entre los 15 y 19 años, con la segunda gestación el 6 %, y con la tercera gestación el 2 %. Aunque el mayor número de adolescentes se encontraban embarazadas por primera vez, el riesgo de enfrentar uno o más embarazos antes de los 20 años era grande.

El estudio realizado por Manrique y col. mostró cómo de las 647 adolescentes que constituyeron la muestra, 68 presentaron la condición de parto pretérmino, representando estas una prevalencia de 10,51 %. Del total de la muestra, 29 pacientes (42,6 %) fueron adolescentes intermedias, 39 (57,4 %) y adolescentes tardías. La edad mínima fue de 14 años y la máxima 17 años. No hubo adolescentes precoces. Las patologías más frecuentes que estuvieron presentes fueron: anemia 53,60 %, ruptura prematura de membranas 20,24 %, infecciones 17,80 %, preeclampsia 6 % y desprendimiento de placenta 2 % (9). Estas fueron los porcentajes que involucraron patologías más frecuentes presentadas por las adolescentes gestantes de este estudio. Otros estudios también hacen referencia a la presencia de patologías asociadas a edades tempranas (10-12). En cuanto a los diferentes riesgos psicológicos y emocionales asociados a los riesgos biológicos de la maternidad se encuentran los trabajos realizados por varios autores (13, 14).

El conocer la tipología familiar facilita el establecimiento de las condiciones del contexto económico y cultural que determinan tanto los significados como la aceptación por parte de la familia del embarazo de las adolescentes y asimismo el enfrentamiento a la gestación y sus consecuencias. Al respecto, Núñez-Urquiza, Hernández-Prado, García-Barrios, González, Walker citan en el estudio que realizaron sobre embarazo no deseado en adolescentes y uso de métodos anticonceptivos a varios autores, afirmando:

Sobre los riesgos psicosociales que en la literatura se asocian con el maternaje adolescente, tanto Stern como otros autores previamente citados señalan que son las condi-

ciones del contexto económico y cultural las que determinan tanto los significados de la sexualidad adolescente como el grado de aceptación de la familia y comunidad con la madre adolescente y su progeñe (15).

La estructura familiar por tipologías mostró en este trabajo que predominan las familias nucleares (69 %), seguidas de las nucleares modificadas (19 %), familias atípicas (8 %) y familias extensas (4 %); llama la atención la presencia de mayor número de familias atípicas con respecto a las extensas. Estos resultados son similares a los encontrados por Pérez en su estudio que muestra: familias nucleares el 48,5 %, nuclear modificada el 13,6 %, atípica 10 % y extensa el 6 % (16), valores que en proporción son similares a los encontrados en la presente investigación.

La salud familiar se refiere al funcionamiento familiar; Friedemann (17) la define como “la experiencia de congruencia en la familia y es lograda por el balance de los cuatro objetivos: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad”; menciona que se requiere de tres criterios para la salud familiar: la presencia de las cuatro objetivos del sistema, una razonable satisfacción con el funcionamiento familiar y su sistema primario ambiental. Los resultados obtenidos de acuerdo a las escalas de acuerdo y satisfacción muestran que tanto las familias con adolescente gestante con morbilidad en el tercer trimestre del embarazo como las familias con adolescente gestante sin morbilidad son saludables y están satisfechas con lo que son.

Los datos obtenidos en la escala de acuerdo coinciden proporcionalmente con los encontrados por Pérez B. en donde encuestaron 66 familias de las cuales 17 % eran altamente saludables, 62 % saludables y 21 % poco saludables. Con relación a la escala de satisfacción, los resultados hallados, también coinciden con los datos encontrados por el mismo autor, en donde de 66 familias, 41 % se sentían satisfechas, 12 % altamente satisfechas y 13 % poco satisfechas (16).

Hay coherencia entre las dos escalas de acuerdo y de satisfacción lo que demuestra que las adolescentes gestantes están satisfechas con lo que son y hacen sus familias, conclusión a la que llegó Pérez B en su estudio de caracterización de familias con adolescente gestante en tres municipios del departamento de Cundinamarca (16).

CONCLUSIONES

De la investigación realizada en 100 familias con adolescentes gestantes, 50 eran familias con adolescentes gestantes que presentaron morbilidad en el tercer trimestre del embarazo y 50 que no presentaron morbilidad; las adolescentes gestantes de estas familias fueron atendidas en dos IPS de Bogotá: Clínica San Rafael (52 familias) y Clínica Carlos Lleras Restrepo (48 familias).

El grado de salud familiar percibido por las adolescentes gestantes, que presentaron alguna patología en el tercer trimestre de su gestación, mostró que 80 % se consideraron saludables y altamente saludables, y 90 % satisfechas y altamente satisfechas.

Los resultados muestran que las familias no sienten o no perciben el riesgo de sufrir o no una patología durante el embarazo, por tanto no afecta su grado de salud familiar, el cual consideran saludable y satisfecho, convirtiéndose esta en un riesgo mayor que amenaza la salud de la adolescente y el neonato.

El hecho de que las familias con adolescente gestante se perciban saludables y satisfechas con lo que son, independientemente si hay presencia o no de morbilidad durante el embarazo, no excluye que un embarazo durante la adolescencia expone a la adolescente gestante y a su familia a riesgos biológicos, físicos, sociales, económicos, culturales y jurídicos, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Revista pediátrica electrónica. [En línea]. 2008; 5(1): 42-51 [consultado septiembre 10 de 2010]. En: http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/indice_vol5num1.pdf.
- (2) Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia: Profamilia; 2005.
- (3) Secretaria de Salud de Bogotá. Política Distrital Sexualidad sin indiferencia 2007. Publicaciones Salud Capital. Bogotá; 8 de noviembre de 2007. [consultado octubre 5 de 2010]. En: <http://www.saludcapital.gov.co/politicassalud/publicaciones>.
- (4) Montes V, Álvarez C, Argote L, Osorio A. Gravidéz en la adolescencia: significado para la familia de hoy. Fam.Saúde Desenv. 2006; 8(1):16-25.
- (5) Puyana Y. Padres y madres en cinco ciudades colombianas. Bogotá: Almudena Editores; 2003: 33.
- (6) Amaya PP. La investigación en enfermería familiar. Una revisión crítica. Av. Enferm. 1994; XII (2 y 3): 45.
- (7) Amaya de PP. Instrumento de salud familiar: familias con gestante ISF: GES-17. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
- (8) Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la cátedra de medicina. [En línea]. 2001; 107: 22 [consultado agosto 5 de 2009]. En: www.pediatria.org.ec/bvc/2007/8.2.2007_full.pdf.
- (9) Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. [En línea] 2008; 68(3):141-143 [consultado sept. 20 de 2010]. En: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=es&nrm=iso.
- (10) Ulanowicz, Parra, Wendler, Monzón. Revista de posgrado de la VIª cátedra de medicina. [En línea]. 2006; 153: 13-17 [consultado octubre 6 de 2010]. En: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm
- (11) Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Reglamento técnico administrativo para la promoción y desarrollo de la salud integral de los y las adolescentes. Caracas OPS/OMS. 2003; I: 3-4. [consultado octubre 6 de 2010]. En: http://www.ops-oms.org.ve/bvs/tex-electronicos/adolesc/libro_adoles_opsi.pdf.
- (12) Ahued J, Lira P, Simóns L. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. [Monografía de Internet]. MX1.1 - CENIDSP - Centro de Información para Decisiones en Salud Pública. México; 2001 [consultado octubre 6 de 2010]. En: http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S000974112001000600007&ing=es&nrm=iso.issn0009-7411.
- (13) Simoes SA *et al.* Characteristics of Adolescent pregnancy in Sao Luis. Maranhao: Brazil. Rev. Saúde Públ. [En línea]. 2003; 37(5):559-565 [consultado septiembre 16 de 2010]. En: www.fsp.usp.br/rsp.
- (14) Lenders C *et al.* Nutrition in adolescent pregnancy. Curr Opin Pediatr. 2000; 12(3): 291-296.
- (15) Núñez-Urquiza, Hernández-Prado, García-Barrios, González, Walker. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. México: Sal. Pub. Mex. [En línea]. 2003; 45(1): 92-102 [consultado octubre 16 de 2010]. En: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10609512>.
- (16) Pérez B. Caracterización de las familias desde la perspectiva de riesgo y grado de salud familiar de las familias con adolescentes gestantes de los municipios de Cajicá, Chía y Cota del departamento de Cundinamarca. [Tesis de Maestría]. Bo-

gotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2002.

(17) Friedemann ML. The Framework of Systemic Organization. A Conceptual Approach to Families and nursing. Thousand Oaks: sage; 30-21; 1995.