

Descripción de las características y riesgos individuales, familiares, de vivienda y de entorno utilizando la ficha familiar en una comunidad peruana

Description of individual, family, housing and environment characteristics and risks using the family file in a Peruvian community

Juan M. Amau-Chiroque¹^{*}, Walter J. Vignatti-Valencia², Rosslusa Soto-Trelles², María I. Condori-Luna³,
María A. Chacón-Grajeda³, Luz M. Torres-Phocco² y William S. Sarmiento-Herrera³

¹Instituto Científico; ²Facultad de Ciencias de la Salud; ³Centro de Salud Integral Qhali Runa. Universidad Andina del Cusco, Cusco, Perú

RESUMEN: Antecedentes: El Centro de Salud Integral Qhali Runa promueve la participación articulada de la comunidad universitaria y la sociedad civil mediante la aplicación de la ficha familiar a nivel comunitario. **Objetivo:** Describir características y riesgos individuales, familiares, de vivienda y de entorno de la comunidad. **Material y métodos:** El estudio fue transversal, participaron 247 familias de la comunidad de Ccollana-San Jerónimo-Cusco realizado en el año 2023, todas con residencia habitual mayor de 12 meses. Se aplicó la ficha familiar y el análisis estadístico realizado fue descriptivo. **Resultados:** El 72.9% fueron familias en expansión, el 58.3% fueron de tipo nuclear, el riesgo familiar prioritario fue que el 67.6% de los padres no hablan de sexualidad con sus hijos, el riesgo de entorno predominante fue la percepción de vapores con el 70.0%. **Conclusiones:** La comunidad de Ccollana está conformada en su mayoría por familias en expansión y de tipo nuclear. Los principales riesgos individuales fueron la no evaluación bucal y las inmunizaciones incompletas, a nivel familiar se reportó un déficit de comunicación sobre temas de sexualidad y como riesgo de entorno se estableció la percepción de vapores asociada a la cercanía de la planta de tratamiento de aguas residuales.

Palabras clave: Salud de la familia. Salud pública. Relaciones comunidad-institución.

ABSTRACT: Background: The Qhali Runa Comprehensive Health Center promotes the articulated participation of the university community and civil society through the application of the family file at the community level. **Objective:** Describe individual, family, housing and community environment characteristics and risks. **Material and methods:** The study was cross-sectional, 247 families from the Ccollana-San Jerónimo-Cusco community participated in the year 2023, all with habitual residence for more than 12 months, the family file was applied, and the statistical analysis carried out was descriptive. **Results:** Seventy-two-point nine percent were expanding families, 58.3% were nuclear, the priority family risk was that 67.6% of parents did not talk about sexuality with their children, the predominant environmental risk was the perception of vapors with the 70.0%. **Conclusions:** The Ccollana community is made up mostly of expanding and nuclear families. The main individual risks were the lack of oral evaluation and incomplete immunizations. At the family level, a communication deficit on sexuality issues was reported, and the environmental risk was established as the perception of vapors associated with the proximity of wastewater treatment plant.

Keywords: Family health. Public health. Community-Institution relations.

*Correspondencia:
Juan M. Amau-Chiroque
E-mail: juan.amau.ch@gmail.com

Fecha de recepción: 10-05-2024
Fecha de aceptación: 06-09-2024

Disponibile en internet: 18-10-2024
Rev Mex Med Fam. 2024;11:82-88
DOI: 10.24875/RMF.24000075

2007-9710 / © 2024 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

Las familias son unidades sociales básicas y promotoras de salud individual y colectiva, sus miembros se protegen, se acompañan e influyen entre sí a lo largo del curso de vida^{1,2}. Por medio de la ficha familiar se obtiene información directa sobre los determinantes sociales de la salud (DDS) que influyen en sus integrantes, su vivienda y entorno^{3,4}, estableciendo a la familia como un espacio de análisis⁵⁻⁷. Además, la ficha familiar facilita el censo comunitario, permite monitorear las atenciones según la etapa de vida e identifica riesgos a nivel individual, familiar y comunitario^{3,8}.

El Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida (MCI) promueve el uso de la ficha familiar y establece a los equipos multidisciplinarios de salud (EMS) como los encargados de realizar intervenciones educativas, comunicacionales³. Los EMS aplican la ficha familiar mediante las visitas domiciliarias en un sector específico en el primer nivel de atención, llegando a ser primordiales por el vínculo que se establecen con las familias cumpliendo con el rol de educadores sanitarios^{3,9}. El MCI permite establecer intervenciones de salud con un enfoque biopsicosocial que incluyen cuidados individuales, familiares y comunitarios y su implementación permite el cumplimiento de objetivos de desarrollo sostenible (ODS), abordando los DDS^{3,10}.

El Centro de Salud Integral Qhali Runa es un establecimiento de primer nivel de atención adscrito a la Universidad Andina del Cusco (UAC) que busca fortalecer su función de responsabilidad social¹¹ tras el contexto de la COVID-19, promoviendo la participación articulada de la comunidad universitaria, la sociedad civil, autoridades locales e instituciones, con la finalidad de mejorar el cuidado integral de la salud en la comunidad de Ccollana-San Jerónimo-Cusco, de la cual forma parte. El objetivo del estudio fue describir características y riesgos individuales, familiares, de vivienda y de entorno de la comunidad de Ccollana-San Jerónimo-Cusco.

MÉTODO

El estudio fue transversal, la población fue de 294 familias, todas con residencia habitual y mayor a 12 meses en la comunidad de Ccollana-San Jerónimo, identificadas previamente mediante un mapa sectorial comunitario en el periodo de septiembre a diciembre del 2023. No se llevó a cabo una estimación de tamaño de muestra, debido a que se incluyeron todas las familias de la comunidad. Finalmente participaron voluntariamente 247 familias, con una tasa de pérdida del 15.9% del total de familias, que no participaron por no acceder a la firma del consentimiento informado.

Se aplicó la ficha familiar, instrumento validado por el Ministerio de Salud del Perú en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica⁴. Está compuesta por nueve secciones: datos generales (6 ítems), localización de vivienda y datos sociodemográficos (13 ítems), visitas de salud familiar (5 ítems), características de miembros familiares (14 ítems), instrumentos de evaluación familiar (4 ítems), riesgos por etapa de vida y como familia (5 ítems), características familiares y vivienda (15 ítems), riesgo del entorno (10 ítems) y el Plan de atención integral de la familia (PAIFAM).

Las variables del estudio fueron: ciclo vital familiar, tipo de familia, idioma, religión, riesgos familiares asociados a sus funciones básicas de cuidado, expresión sexual, permeabilidad, comunicación (variables dicotómicas, nominal: sí/no), características de vivienda como servicio de agua (variable dicotómica, nominal: dentro/fuera de vivienda), servicio de saneamiento (variable dicotómica, nominal: red pública/otros), disposición de basura (variable dicotómica, nominal: carro recolector/campo abierto), tenencia de mochila y botiquín de emergencia (variable dicotómica, nominal: sí/no), vacunación de mascotas y finalmente riesgos del entorno como percepción de vapores y alcoholismo-drogadicción (variables dicotómicas, nominal: sí/no).

Tabla 1. Características de las familias en la comunidad (n = 247)*

Variables	Categorías	n	%
Ciclo vital	Familia en formación	12	4.9
	Familia en expansión	180	72.9
	Familia en dispersión	38	15.4
	Familia en contracción	17	6.9
Tipo de familia	Nuclear	144	58.3
	Extendida	27	10.9
	Ampliada	14	5.7
	Otro (monoparental, reconstituida, equivalente familiar)	62	25.1
Idioma	Español	224	90.7
	Quechua	3	1.2
	Español y quechua	20	8.1
Religión	Católico	225	91.1
	Cristiano	17	6.9
	Otros	5	2.0

*Algunas variables pueden sumar menos de 247 por datos faltantes.

Los equipos de trabajo estuvieron conformados por un miembro del personal sanitario del centro de salud universitario, estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UAC y un promotor de salud comunitario. Todos con conocimientos previos sobre la ficha familiar y previo al trabajo de campo recibieron cuatro sesiones de capacitaciones para su correcta aplicación realizadas por el médico especialista en medicina familiar y comunitaria del Centro de Salud San Jerónimo (responsable de la atención sanitaria local) y la enfermera responsable de promoción de la salud del mismo centro.

En las visitas domiciliarias realizadas se abordó a los jefes de familia y cuando accedieron a firmar el consentimiento informado se procedió a completar la ficha familiar. Finalmente se resaltó la confidencialidad. Las visitas se realizaron en distintos horarios y fueron reiteradas cuando no se obtuvo una respuesta de la vivienda visitada.

Los datos se registraron en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 365 y para su tratamiento estadístico se exportó al *software* Stata versión 17.0, para hacer un análisis descriptivo de las variables de acuerdo con los objetivos del estudio.

El estudio tuvo la aprobación del Comité de Ética de la UAC, la autorización de la Red de Servicios de Salud Cusco Sur y de la Gerencia del Centro de Salud de San Jerónimo, que son las instituciones a cargo de la jurisdicción sanitaria de la comunidad. Finalmente, la comunidad y su directiva fue comunicada y accedieron a participar en asamblea general.

RESULTADOS

Se analizaron 247 familias, de las cuales el 72.9% (180) tuvieron ciclo vital en expansión, el 58.3% (144) fueron nucleares, el 90.7% (224) hablaban español y el 91.1% (225) fueron católicos (Tabla 1).

En cuanto a los riesgos familiares, predominó el riesgo asociado a la expresión sexual con el 67.6% (165), el riesgo asociado a cuidado con el 66.5% (157) y el riesgo asociado a permeabilidad con el 54.5% (134) (Tabla 2).

En las viviendas predominó: la conexión de agua por red pública con el 98.4% (243), la eliminación de excretas con el uso de la red pública con el 68.8% (170) y la disposición de basura por carro recolector con el 98.8% (244). El 86.6% (214) y 83.0% (205)

Tabla 2. Riesgos familiares identificados en la comunidad (n = 247)*

Cuidado: Usted y su pareja han recibido consejería de suplementación con multinutrientes y hierro.	n	%
Sí	79	33.5
No	157	66.5
Expresión sexual: En su familia, los padres hablan libremente de la sexualidad con los hijos.		
Sí	79	32.4
No	165	67.6
Permeabilidad: Ante situaciones difíciles, ¿su familia busca ayuda en otras personas o instituciones?		
Sí	112	45.5
No	134	54.5
Comunicación: Su hijo le hace preguntas o pide ayuda cuando lo necesita.		
Sí	162	66.4
No	82	33.6

*Algunas variables pueden sumar menos de 247 por datos faltantes.

Tabla 3. Características de vivienda y riesgos en el entorno en la comunidad (n = 247)

Variables	Categorías	n	%
Abastecimiento de agua	Red pública dentro de la vivienda	243	98.4
	Red pública fuera de la vivienda	4	1.6
Eliminación de excretas	Red pública	170	68.8
	Otros (aire libre, letrina, pozo, etc.)	77	31.2
Disposición basura	Carro recolector	244	98.8
	A campo abierto	3	1.2
Familia con mochila de emergencia	Sí	33	13.4
	No	214	86.6
Familia con botiquín de emergencia	Sí	42	17.0
	No	205	83.0
Vacuna de mascotas	Sí	145	58.7
	No	102	41.3
Riesgos del entorno			
Humores y vapores de productos químicos de industrias	Sí	173	70.0
	No	74	30.0
Alcoholismo y/o drogadicción	Sí	121	49.0
	No	126	51.0

de las familias no contaron con mochila y botiquín de emergencia, respectivamente. El 41.3% (102) de las familias no contaban con mascotas vacunadas y finalmente, el riesgo de entorno predominante fue la percepción de vapores de industrias con el 70.0% (173) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La comunidad de Ccollana es un centro poblado en desarrollo. Se identificaron 980 individuos integrantes de las familias, de los cuales la mitad son adultos y adultos mayores, concordando con la transición

demográfica hacia el proceso de envejecimiento poblacional descrita en América Latina y el Caribe¹², por lo que se recomienda fortalecer la práctica de estilos de vida saludables y fortalecer los entornos saludables a nivel comunitario.

Más de la mitad de los integrantes de las familias presentaron riesgos individuales como las inmunizaciones incompletas y la no evaluación bucal, esto puede deberse a la limitada cultura preventiva y la falta de tiempo que aducen los integrantes de la comunidad al desempeñarse principalmente en actividades agrícolas y de comercio, lo que limita que acudan al centro de salud local. Se recomienda realizar: concientización de la importancia de las vacunas y las evaluaciones bucales^{13,14}, establecer citas programadas durante las visitas domiciliarias con los servicios de enfermería y odontología, priorizando a las personas mayores de 60 años, gestantes y con condiciones de comorbilidad en caso de las inmunizaciones contra la COVID-19.

El ciclo vital familiar predominante fueron las familias en expansión con hijo adolescente, similar al 32% reportado por Lima-Rodríguez et al.⁶; estas familias suelen tener dificultades para el manejo del estrés, lo que puede deberse a los desafíos propios de la etapa adolescente. Por lo que se recomienda fortalecer cuidados familiares de acuerdo con el ciclo vital familiar, principalmente para las familias en expansión (maternidad saludable, gestión de recursos familiares, crecimiento y maduración con los hijos y distribución de roles con la pareja e hijos)¹⁰. En cuanto al tipo de familia, fueron mayormente de tipo nuclear, similar a lo encontrado por Pérez et al.¹⁵, esto puede ser debido a las normas culturales propias de la región y a la preferencia actual de formar familias reducidas y autónomas.

En cuanto a los riesgos familiares, la limitada comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos concordó con Abdurahman et al.¹⁶, que reportaron que solo el 8.9% de los participantes obtenía información de sexualidad de sus padres; esto puede deberse

al contexto conservador propio de la comunidad periurbana. En cuanto a la orientación de las familias sobre suplementación de hierro, deben fortalecerla promoviendo un trabajo intersectorial, debido a que la anemia infantil sigue siendo un problema de salud pública nacional (43.1% en niños menores de tres años)¹⁷. Por ello, concordando con Salazar et al.¹⁸, los EMS deben fortalecer intervenciones de consejería informativa y orientación familiar anticipatoria.

Con respecto a las viviendas más de un tercio no contaba con servicio de red pública de alcantarillado, similar al promedio nacional (27.9%)¹⁷, esto puede deberse a dificultades técnicas, económicas y regulatorias locales. Es importante mencionar que en el periodo en que se realizó el estudio empezaron a realizar la ampliación de dicho servicio en la comunidad, disminuyendo la brecha existente. Este servicio es esencial para reducir la incidencia de enfermedades transmisibles como diarrea y hepatitis, enfermedades parasitarias, contaminación ambiental, presencia de roedores, y mejorar la calidad de agua.

La mayoría de las familias tenían mascotas y una gran parte reportó no contar con sus vacunas respectivas, concordando con Rubio et al.¹⁹, que indica que en Perú los niveles de vacunación de mascotas son muy bajos, por lo que se deben promover campañas de vacunación y esterilización con participación activa del gobierno local.

En cuanto a la tenencia de mochila de emergencia, los resultados difieren de lo reportado por Valladares et al.²⁰, que en su estudio en Piura-Perú encontró que el 46.3% de los participantes tenían preparada su mochila, esto en un contexto con experiencia previa de un terremoto. Con respecto al botiquín de emergencia los resultados fueron similares a los del estudio de Wen et al.²¹, en Sichuan (China), donde el 75.3% de los participantes no contaban con uno. Estos hallazgos enfatizan implementarlas, como estrategias efectivas frente a desastres naturales y para la atención básica inicial de urgencias y/o emergencias.

Con respecto a la percepción de vapores, está asociada a la cercanía de la comunidad con la planta de tratamiento de aguas residuales (PTAR), comparable por lo reportado por Sáenz et al.²² en Costa Rica, donde el 76% de los participantes cercanos a un PTAR percibieron olores desagradables. Este factor podría ser una de las causas de que las familias tengan residencias cortas y de que las viviendas de la comunidad se usen como residencias secundarias. Por ello es necesario realizar estudios sobre el impacto del PTAR en la salud de la comunidad, además de fortalecer el control de la emisión de vapores con participación de la municipalidad provincial y actores sociales.

El alcoholismo fue un riesgo de entorno percibido por las familias, posiblemente debido a la gran afluencia de jóvenes por las instituciones educativas alrededor de la comunidad y factores sociales y culturales propios de la comunidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el grupo más susceptible al consumo de alcohol (15 años en adelante)²³, por lo que se deben establecer medidas que aborden su disponibilidad y aceptabilidad, mediante un enfoque intersectorial sostenible. Además, se debe promover la práctica de estilos de vida saludable con énfasis en el consumo responsable de alcohol a nivel comunitario.

En cuanto a las limitaciones, los resultados no se podrían generalizar a toda la comunidad, sin embargo la información obtenida en el estudio sigue siendo relevante para el entendimiento de los riesgos. Además, el familiograma y ecomapa no se incluyeron debido a su naturaleza gráfica.

Es importante establecer que los riesgos individuales, familiares, de vivienda y entorno identificados se establecieron en la sección de PAIFAM de la ficha familiar, en la cual se realizaron acuerdos con la unidad familiar en tres ejes (cuidado individual, funciones de familia y vivienda y entorno), los cuales tendrán que monitorearse por medio de visitas y atenciones domiciliarias programadas.

Finalmente, se resalta la importancia del médico especialista en medicina familiar y comunitaria y del EMS para promover e implementar que las familias sean atendidas por medio del formato de la ficha familiar primordialmente en el primer nivel de atención, además se establece a la universidad como aliado a contribuir en el cuidado integral de salud de la población. Esta ficha debe integrarse a la carpeta familiar junto con las historias clínicas individuales de cada miembro para tener la información integral. La ficha familiar posee validez normativa, facilita el diagnóstico familiar teniendo en cuenta los riesgos que influyen en la salud familiar y permite un seguimiento longitudinal de las familias.

CONCLUSIONES

La comunidad de Ccollana estuvo conformada en su mayoría por familias en expansión y de tipo nuclear. Los principales riesgos individuales fueron la no evaluación bucal y las inmunizaciones incompletas, a nivel familiar se reportó déficit de comunicación sobre sexualidad y como riesgo de entorno percibido por las familias fue la percepción de vapores asociadas a la cercanía de la planta de tratamiento de aguas residuales.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al personal sanitario y administrativo del Centro de Salud Integral Qhali Runa, al Centro de Salud San Jerónimo, a la Red de Servicios de Salud Cusco Sur y a la comunidad de Ccollana-San Jerónimo.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que el estudio fue financiado por el Instituto Científico de la Universidad Andina del Cusco.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

BIBLIOGRAFÍA

- Barnes M, Hanson C, Novilla L, Magnusson B, Crandall A, Bradford G. Family-centered health promotion: perspectives for engaging families and achieving better health outcomes. *Inq J Med Care Organ Provis Financ.* 2020;57:1-6.
- Ministerio de Salud del Perú. Programa de familias y viviendas saludables [Internet]. Lima: Gobierno de Perú, Ministerio de Salud; 2006 [consultado: 24 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353436-programa-de-familias-y-viviendas-saludables>
- Ministerio de Salud del Perú. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) [Internet]. Lima: Gobierno de Perú, Ministerio de Salud; 2020 [consultado: 24 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/414755-030-2020-minsa>
- Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN [Internet]. Lima: Gobierno de Perú, Ministerio de Salud; 2018 [consultado: 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/187487-214>
- Heidemann I, Alonso da Costa M, Hermida P, Marçal C, Antonini F, Cypriano C. Health promotion practices in primary care groups. *Glob Health Promot.* 2019;26(1):25-32.
- Lima-Rodríguez J, Domínguez-Sánchez I, Lima-Serrano M. Family and social variables associated with family health. *West J Nurs Res.* 2022;44(10):920-31.
- Sánchez N, Betancurth D, Jiménez A. La visita familiar desde los determinantes sociales de la salud: aporte de enfermería a la atención primaria. *Rev Cuid.* 2020;11(1).
- Ubillús P, Patricia O. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2018;64(3):375-82.
- Silva N, Mekaro K, Santos R, Uehara S. Knowledge and health promotion practice of Family Health Strategy nurses. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190362.
- Ministerio de Salud del Perú. Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para persona, Familia y Comunidad (MCI) [Internet]. Lima: Gobierno de Perú, Ministerio de Salud; 2021 [consultado: 24 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1682527-220-2021-minsa>
- Cuba J, Contreras-Gómez R, Colca H, Merino A. Responsabilidad social universitaria en Latinoamérica: revisión sistemática. *Rev Fac Med Humana.* 2023;23(2):138-45.
- Organización Panamericana de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030) [Internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021 [consultado: 18 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
- Organización Mundial de la Salud. WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Prioritization-2023 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [consultado el 5 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367330/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGEPrioritization-2023.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. La OMS destaca que el descuido de la salud bucodental afecta a casi la mitad de la población mundial [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [consultado: 5 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>
- Pérez C, Roja Y, Cruz L, Antigua Y. Diagnóstico psicosocial comunitario como herramienta de trabajo en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cuba Med Gen Integral.* 2020;36(1).
- Abdurahman C, Oljira L, Hailu S, Mengesha M. Sexual and reproductive health services utilization and associated factors among adolescents attending secondary schools. *Reprod Health.* 2022;19(1):161.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 [Internet]. Lima: Gobierno de Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2023 [consultado el 23 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/campanas/64405-resultados-de-la-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-2023>
- Salazar M, Jurado-Vega A. Niveles de intervención familiar. *Acta Med Peruana.* 2013;30(1):37-41.
- Rubio A, Martínez R, Guzmán H, Chávez F, De la Colina G, Salazar J, et al. Guías para la vacunación de perros (caninos) y gatos (felinos) en Perú. *Rev Investig Vet Perú.* 2018;29(4):1463-74.
- Valladares-Garrido M, Zapata-Castro L, Valdiviezo-Morales C, García-Vicente A, León-Figueroa D, Calle-Preciado R, et al. Factors associated with knowledge of evacuation routes and having an emergency backpack in individuals affected by a major earthquake in Piura, Peru. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(22):14686.
- Wen D, Wan L, He H, Zhong Q, Jiang Q, Yang X, et al. A cross-sectional survey of first-aid kit equipment in a family in Sichuan, China. *BMC Public Health.* 2024;24(1):1829.
- Sáenz L, Zambrano D, Calvo J. Percepción comunitaria de los olores generados por la planta de tratamiento de aguas residuales de El Roble-Puntarenas, Costa Rica. *Rev Tecnol En Marcha.* 2016;29(2):137-49.
- Organización Mundial de la Salud. Alcohol [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [consultado el 22 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>