



**Centro de Investigación en Alimentación
y Desarrollo, A.C.**

**PERCEPCIÓN DE LOS PADRES SOBRE LOS ALIMENTOS
COMO MEDIO DE ENTRADA DE INFECCIONES
INTESTINALES EN SUS HIJOS SEGÚN LA EDAD**

Por

Andrea Dueñas Tellechea

TESIS APROBADA POR LA

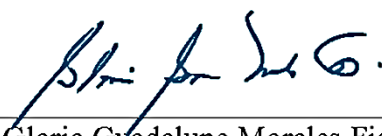
COORDINACIÓN DE NUTRICIÓN

Como requisito parcial para obtener el grado de

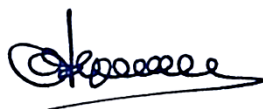
MAESTRA EN CIENCIAS

APROBACIÓN

Los miembros del comité designado para la revisión de la tesis de Andrea Dueñas Tellechea, la han encontrado satisfactoria y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias.



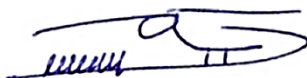
M.C. Gloria Guadalupe Morales Figueroa
Directora de tesis



Dr. Josep M. Comelles
Co-director de tesis



Dr. Luis Quihui Cota
Integrante del comité de tesis



Dr. Alfonso García Galaz
Integrante del comité de tesis

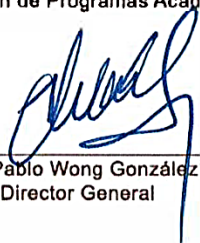
DECLARACIÓN INSTITUCIONAL

La información generada en la tesis “Percepción de los Padres sobre los Alimentos como Medio de Entrada de Infecciones Intestinales en sus Hijos Según la Edad” es propiedad intelectual del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (CIAD). Se permiten y agradecen las citas breves del material contenido en esta tesis sin permiso especial de la autora Andrea Dueñas Tellechea, siempre y cuando se dé crédito correspondiente. Para la reproducción parcial o total de la tesis con fines académicos, se deberá contar con la autorización escrita de quien ocupe la titularidad de la Dirección General del CIAD.

La publicación en comunicaciones científicas o de divulgación popular de los datos contenidos en esta tesis, deberá dar los créditos al CIAD, previa autorización escrita del director(a) de tesis.



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN
ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO, A.C.**
Coordinación de Programas Académicos



Dr. Pablo Wong González
Director General

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por el financiamiento otorgado durante el período del presente estudio, mismo que lo permitió posible.

Al Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., (CIAD, A.C.) por permitirme realizar este posgrado y darme la oportunidad de concluir una etapa más en el ámbito profesional.

A la M.C. Gloria Guadalupe Morales Figueroa, por apoyarme, orientarme, enseñarme, alentarme y guiarme a lo largo de este camino. Gracias por su tiempo y dedicación por resolver cada obstáculo presentado a lo largo del camino. Pero, sobre todo, gracias por abrir mi panorama y darme la confianza en mí misma para hacer esto posible.

Al Dr. Josep M. Comelles, por orientación y retroalimentación en la realización de este trabajo. Gracias por su tiempo y observaciones, que a pesar de la distancia siempre estuvo en la mejor disposición y nos brindó su tiempo y comentarios tan enriquecedores.

A los doctores, Luis Quihui Cota y Alfonso García Galaz, por formar parte de mi comité de tesis, por sus comentarios y observaciones. Por su tiempo y disposición y por fungir como guía para complementar este estudio.

A mis profesores, por haberme compartido su conocimiento, guiarme y ayudarme a crecer profesionalmente.

A las madres que participaron voluntariamente en este estudio, gracias por su tiempo e interés; por su confianza para compartir conmigo una fracción de sus vidas.

DEDICATORIA

A Dios, por dirigir mi camino, por guiarme y darme la sabiduría, confianza y perseverancia necesaria para concluir este proyecto. Por protegerme, a mí y a mi familia, por permitirme culminar esta etapa de mi vida y por darme la fuerza requerida para hacerlo.

A mi hija, Sara Ainhoa, que a tus cortos 4 años de vida, comprendiste y aceptaste todos los momentos en que no pude estar contigo, por entender, que al igual que tú, mamá tiene clases y tareas. Gracias por hacerme reír, incluso cuando mis tareas fueron los lienzos de tu arte, los conservo de recuerdo. Por tu paciencia y cariño, por tu risa, que desde que llegó a mi vida ha sido mi motor para seguir adelante.

A mi esposo, por creer en mí y amarme, por darme los ánimos y la confianza para lograr esto. Por ser mi público al momento de ensayar mis exposiciones, por tus críticas y observaciones. Por tu paciencia y al igual que nuestra hija, comprenderme y apoyarme en los momentos en que no pude estar contigo.

A mis padres, Gleen y Mónica por apoyarme en cada etapa de mi vida y darme la confianza para cruzarlas. Por cuidar a Sara en los momentos que yo no pude hacerlo. Por escuchar mis ponencias, quejas y relatos de mis vivencias. A mi hermano, Glenn, por apoyarme y ser mi informático personal y ayudarme a resolver problemas técnicos, que, aunque fueron mis dolores de cabeza, para ti fueron sencillos y lógicos.

A mis amigas, por creer en mí y hacer que yo misma lo hiciera. Por alentarme, escucharme y darme los ánimos a lo largo de este trayecto. También, por distraerme en los momentos que lo necesité, gracias por su cariño y amistad.

CONTENIDO

APROBACIÓN	2
DECLARACIÓN INSTITUCIONAL	3
AGRADECIMIENTOS	4
DEDICATORIA	5
CONTENIDO	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUCCIÓN	10
2. ANTECEDENTES	11
2.1. Enfermedades de Transmisión Alimentaria	11
2.1.1. Tipo de Contaminación y Afección.....	11
2.1.2. Epidemiología de las ETAs	12
2.2. Infecciones Intestinales.....	14
2.2.1. Percepción Etiológica.....	14
2.2.2. Factores Socioculturales	16
2.2.3. Factores Socioeconómicos	17
2.3. Percepción de Riesgos de las ETAs en los Padres de Familia.....	18
2.3.1. Conocimiento y Percepción de Riesgos.....	18
2.3.2. Prácticas de Prevención en Menores de Edad.....	21
2.4. Higiene y Manipulación de Alimentos.....	23
2.4.1. Higiene Alimentaria en el Hogar.....	23
2.4.2. Prácticas de Higiene en Hijos.....	25
3. HIPÓTESIS	26
4. OBJETIVOS	27
4.1. Objetivo General.....	27
4.2. Objetivos Específicos	27
5. MATERIALES Y MÉTODOS	28
5.1. Diseño del Estudio.....	28
5.2. Población y Sitio de Estudio.....	28
5.3. Diseño de Guiones de Entrevistas	29
5.4. Recolección de Datos.....	30
5.5. Consideraciones Éticas	30
5.6. Análisis de Datos	30
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
6.1. Bienestar y Salud.....	32
6.1.1. Edad.....	32
6.1.2. Sector Público y Privado	33

CONTENIDO (continuación)

6.2. Enfermedad e Infecciones	34
6.2.1 Escolares	34
6.2.2 Preescolares	36
6.3. Alimentación	37
6.4. Etiología de las Infecciones Según las Madres	38
6.5. Tratamientos y Atención Médica	40
6.6. Susceptibilidad Percibida	43
6.7. Supervisión Hacia sus Hijos	45
6.8. Prácticas de Higiene Alimentaria	46
6.9. Búsqueda de Información	47
6.10. Influencia del COVID-19	48
6.11. Diferenciación	49
7. CONCLUSIONES	51
8. RECOMENDACIONES	53
9. REFERENCIAS	54
10. ANEXOS	58
10.1. Pseudónimos de las Participantes	58
10.2. Formato de Consentimiento Informado	58
10.3. Guiones de Entrevista	63

RESUMEN

La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, donde la higiene alimentaria juega un rol importante para su equilibrio. Las enfermedades de transmisión alimentaria (ETAs) son prevalentes a nivel mundial y una de las principales causas de morbi y mortalidad en países en vías de desarrollo. Estas enfermedades tienen factores socioculturales asociados con su aparición y existen grupos vulnerables a contraerlas, en los cuales se incluyen los niños menores de 5 años. El enfoque de prevención suele hacerse en dicho grupo etario, por lo cual se puede crear una percepción errónea de riesgos en los de mayor edad. Se analizó el conocimiento y la percepción de las madres hacia las prácticas de riesgo sanitario según la edad de sus hijos, preescolar o escolar, que juegan un papel crucial para su aplicación y seguimiento. El presente estudio es de tipo transversal, se realizaron entrevistas semi-estructuradas, basadas en dos guiones de entrevista desarrollados de acuerdo a los objetivos de interés. El análisis de los datos se realizó de manera cualitativa, utilizando el método de contenido temático. Los resultados mostraron que las madres perciben a los preescolares con mayor vulnerabilidad a padecer una infección intestinal que los escolares. Asimismo, la percepción sobre salud y bienestar general difiere entre ambas edades, en las cuales se incluyen ámbitos distintos según el caso, tales como el educativo, emocionales, físico y espiritual. Las prácticas de higiene alimentaria, también son diferenciadas por su edad y la diferencia radica en su vigilancia, donde en los mayores se ve disminuida o cedida a ellos mismos y en los preescolares es más vigilada o bien, asistida. A pesar de percibir a los escolares como más independientes y de centrar su vigilancia en los preescolares, las madres refirieron que los escolares se enferman con mayor frecuencia y gravedad que los preescolares.

Se concluyó que en la edad preescolar la vigilancia se ve más acentuada que en los escolares, con variantes relacionadas a factores socioculturales, como las creencias y costumbres familiares, conocimiento o experiencias previas, según el caso.

Palabras clave: higiene alimentaria, preescolares, escolares, vulnerabilidad percibida.

ABSTRACT

Health is a complete state of physical, mental and social welfare, whereas food hygiene plays an important role for its balance. Foodborne diseases are prevalent at a global range and they are one of the major causes of morbidity and mortality in developing countries. Some recognized factors are associated with the incidence of these diseases, as well as vulnerable groups to acquire them, such as children under 5 years old. The prevention focus is made towards this age, which can create a wrong risk perception on children above 5 years. The knowledge and perception towards sanitary risk practices from parents were analyzed, based on the age of children, preschool or school-age (elementary), which play a crucial role on its application and tracking. A cross-sectional design was used and semi-structured interviews were performed, which were based in two interview scripts in accordance to the study objectives. A qualitative analysis was implemented utilizing a thematic content method, to explore and discern our information prior to its interpretation. Results showed that mothers perceive pre-school aged children at a higher vulnerability to suffer intestinal infections than school-aged children. Likewise, health and wellbeing perception differ between both ages, whereas different aspects were included depending on the case, such as educative, emotional, physical and spiritual. Food hygiene practices were also distinguished by age and the difference lies on their surveillance in the older children, which is transferred to them to supervise or assist their younger brothers or sisters. Despite of perceiving school-aged children as more independent and focusing their surveillance on preschool-aged children, mothers refer that their older children show a higher frequency and severity of diseases than younger ones.

It was concluded that attention on pre-school aged children by parents is higher than in school-aged children, and it was related to sociocultural factors such as family manners and beliefs, knowledge and previous life experiences, depending on each particular case.

Key words: food hygiene, preschool aged children, school-aged children, perceived vulnerability.

1. INTRODUCCIÓN

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social (World Health Organization, 2021a) donde la higiene alimentaria juega un rol importante para su equilibrio. Las enfermedades de transmisión alimentaria (ETAs) son prevalentes a nivel mundial y una de las principales causas de muerte en países no desarrollados o en vías de desarrollo; incluso a pesar de ser prevenibles siguen presentándose en la población. Aproximadamente 600 millones de personas se enferman anualmente debido a la ingestión de alimentos contaminados, es decir 1 de cada 10 habitantes del mundo (World Health Organization, 2020). Las ETAs afectan la calidad de vida, lo cual podría evitarse si se llevaran a cabo las medidas de higiene necesarias durante la manipulación de alimentos.

Las prácticas de higiene cuando se manejan o consumen alimentos son importantes en el desarrollo de infecciones de origen alimentario (Agustina *et al.*, 2013). A pesar de que el conocimiento de dichas prácticas no siempre es deficiente (Torres *et al.*, 2018), no se llevan a cabo y en ocasiones no forman parte de los hábitos familiares, en especial el lavado de manos antes de la ingestión de alimentos (Naluonde *et al.*, 2019). Es importante la incorporación de estas prácticas a las costumbres habituales de higiene en el entorno familiar, particularmente en grupos con factores de riesgo asociados.

Además de los factores que se asocian con el desarrollo de las ETAs, existen grupos vulnerables a infecciones alimentarias en los cuales se incluyen los niños menores de 5 años (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015). El enfoque de prevención suele hacerse en dicho grupo etario, por lo cual se puede crear una percepción errónea de riesgos en mayores de 5 años, con una disminución en las prácticas de higiene alimentaria.

2. ANTECEDENTES

2.1. Enfermedades de Transmisión Alimentaria

Las ETAs abarcan infecciones e intoxicaciones causadas por la ingesta de alimentos que contienen agentes nocivos para la salud, ya sea de índole biológica o química (Reyes-Solórzano, 2017). Estas enfermedades producen una gran cantidad de síntomas, principalmente gastrointestinales, como diarrea, vómito, náuseas y dolores abdominales. En ocasiones también se presentan manifestaciones neurológicas, ginecológicas e inmunológicas. Dependiendo de la extensión de la infección, los agentes patógenos pueden atacar y afectar la pared intestinal o bien, alcanzar otros sistemas (World Health Organization, 2021b). Estas enfermedades afectan la calidad de vida de las personas, además de poner en riesgo su vida, razón por la cual, es importante su prevención.

Las ETAs afectan alrededor de 600 millones de personas al año a nivel mundial, de los cuales se estima que aproximadamente 420,000 mueren (World Health Organization, 2020); por lo que representa un grave problema de salud pública. Todas las clases sociales se ven afectadas, sin embargo, la prevalencia de ETAs se concentra en países en vías de desarrollo y comunidades pobres (Mazariego *et al.*, 2020). La relación de las ETAs con el bajo nivel socioeconómico radica en múltiples factores. Las condiciones y/o prácticas de higiene deficientes, falta de acceso a agua potable, presencia de plagas y malas prácticas de almacenamiento son las más asociadas con su desarrollo (Evans y Redmond, 2017; Mazariego *et al.*, 2020). La higiene alimentaria es un factor preventivo para su desarrollo, por lo que su aplicación disminuye su incidencia.

2.1.1. Tipo de Contaminación y Afección

La contaminación de alimentos se puede dar en cualquier etapa de su manipulación, desde la cadena de producción hasta el hogar, incluso durante su consumo (Evans y Redmond, 2017; Torres *et al.*,

2018). Una correcta selección, almacenamiento y manipulación de alimentos en el hogar puede prevenir la transmisión de patógenos a los alimentos y, por ende, su contaminación.

Existen distintos tipos de contaminación de alimentos. La contaminación biológica se da por presencia de bacterias, parásitos, virus y hongos en el alimento, generalmente causando manifestaciones gastrointestinales y en algunos casos sistémicas. El alimento puede simplemente ser un vehículo acarreador o bien, puede fungir como medio para que prolifere, lo que origina invasión y alteración del tejido afectado una vez ingerido (Cortés-Sánchez *et al.*, 2017). Además de la contaminación biológica, está la causada por agentes químicos añadidos en la agroindustria alimentaria. Éstos, se usan para la conservación de alimentos y alargamiento de su vida de anaquel; en cantidades excesivas, estos contaminantes pueden causar alteraciones neurológicas. También existe la contaminación física, que se refiere a cualquier presencia de materia extraña inerte ajena al alimento como vidrio, plástico, tierra y aire (Ortega, 2017).

Los alimentos contaminados pueden causar infecciones o intoxicaciones, dependiendo del patógeno (Zúñiga y Caro, 2017). Las primeras, son causadas por la ingestión de alimentos o agua que contienen agentes infecciosos, tales como bacterias, virus, parásitos u hongos. Estos proliferan una vez presentes en el aparato gastrointestinal, y producen toxinas que afectan de manera local o sistémica, dependiendo de la cantidad de microorganismos ingeridos (Torres *et al.*, 2018). Las segundas, se deben al consumo de alimentos o agua con una cantidad específica y suficiente de toxinas ya producidas por bacterias, tejidos de plantas, animales o metabolitos provenientes de microorganismos capaces de ocasionar una infección (Zúñiga y Caro, 2017). También, se puede dar una combinación de ambas, llamada toxiinfección. Ésta se presenta tras la ingestión de un alimento con una cantidad específica de microorganismos, los cuales son capaces de producir y liberar toxinas dentro del huésped (Reyes-Solórzano, 2017).

2.1.2. Epidemiología de las ETAs

Las infecciones intestinales, si bien son enfermedades prevenibles, siguen presentes en la población

mexicana. Según la vigilancia epidemiológica, en 2019 se registraron 78,681 casos de salmonelosis, 3,557 casos de shigelosis, 5,360,604 casos de infecciones intestinales no especificadas y 31,011 casos de intoxicación alimentaria. Las infecciones intestinales ocuparon el segundo lugar en causas de enfermedad en niños, con una tasa de 5,106 en los niños de 5 a 9 años y 3,749 en los niños de 10-14 años (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica *et al.*, 2019a, b). Sin embargo, se observó que, en 2020 se registraron 43,126 casos de salmonelosis, 1,949 casos de shigelosis, 2,529,139 casos de infecciones intestinales no especificadas y 18,230 casos de intoxicación alimentaria. No se pueden realizar inferencias sobre esta disminución debido al sesgo de datos debido a la pandemia de COVID-19. Aún no se tienen las cifras totales del 2021 por lo que no se puede concluir al respecto (Secretaría de Salud, 2020, 2021a).

Para el 2020, las infecciones intestinales más frecuentes fueron salmonelosis y shigelosis. La primera, se presentó con mayor incidencia en los estados de Chiapas (20,000 casos), Veracruz (15,757 casos), Tabasco (7,153 casos) y Puebla (4,610 casos) (Secretaría de Salud, 2020, 2021a). A pesar de no representar una gran porción de la totalidad de la población mexicana, son enfermedades prevenibles que siguen presentes en los estados del sur del país.

En la zona norte de México, Sonora es una de las 8 entidades federativas con mayor incidencia de enfermedades diarreicas agudas en 2020. Durante las semanas de vigilancia epidemiológica 8-12, aumentaron las infecciones diarreicas agudas de 0.7 a 1.7, lo que representa al 21.4% de la población total del estado (Secretaría de Salud, 2021b). En cuanto a las infecciones intestinales en 2018 y 2019, el total acumulado para Sonora fue de 150,999 casos. Dicha cifra disminuyó en el 2020, con un total acumulado de 131,546 casos. Sin embargo, debido a la pandemia por COVID-19, no se pueden realizar inferencias en cuanto a la disminución ya que dichos datos pudieran estar subdiagnosticados debido al confinamiento experimentado en este periodo (Secretaría de Salud, 2019, 2021a).

2.2. Infecciones Intestinales

Existen factores asociados con la incidencia de infecciones intestinales, como el nivel socioeconómico. Los niveles socioeconómicos bajos tienden a tener mayor incidencia de infecciones intestinales, debido de la falta de acceso a recursos básicos de salud como agua potable, energía eléctrica y condiciones higiénico-sanitarias (Agustina *et al.*, 2013; Assunta *et al.*, 2016). También, existen edades que se consideran más vulnerables a padecer una infección intestinal como los menores de 5 años, principalmente los lactantes, (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015; Takanashi *et al.*, 2009). Además de esto, existen factores culturales como costumbres locales, que facilitan la propagación de estas infecciones como el hábito de consumir alimentos crudos, la costumbre de comer en el suelo, comer con las manos sucias o compartir alimentos de boca a boca. Es por eso, que las infecciones intestinales si bien son de índole microbiana, tienen su trasfondo dogmático, social, cultural, económico y educativo; en cuya aparición, estos elementos se ven involucrados.

2.2.1. Percepción Etiológica

Según Scheper-Hughes y Lock, (1987), la percepción es el proceso de adquisición e interpretación de información. El entorno de las personas juega un papel importante sobre su percepción de las enfermedades, esto se ve definido por factores culturales, socioeconómicos y su nivel educativo (Nichter, 2008). De la misma manera, dichos factores se asocian con la percepción de las personas sobre los riesgos para padecer diversas enfermedades, entre ellas, las infecciones intestinales. Según Sacchi *et al.*, (2007), la percepción sobre un padecimiento como un problema de salud, se ve condicionado por factores socioculturales, como el rol dentro de la familia, la categorización de la responsabilidad familiar, la priorización cotidiana y/o actividades realizadas.

Lo anterior nos lleva a cuestionarnos, ¿cómo es que las personas perciben los riesgos para padecer una infección intestinal? Y si estas son diferenciadas por la edad. Existen poblaciones, en las que,

la presencia de parásitos intestinales es considerado común entre niños y se considera un purgante natural. Un estudio realizado en Etiopia del sur, con la comunidad Dongora reportó que los participantes perciben a la tos común como una amenaza hacia la salud con mayor jerarquía que los parásitos intestinales. De hecho, la presencia de dichos parásitos, a los cuales ellos llaman “hamasho” no se considera una enfermedad, sino parte normal de la digestión. Incluso se le atribuyen propiedades digestivas y se cree que la diarrea infantil es señal de rechazo por parte de hamasho a un alimento, por lo cual los padres vigilan que sus hijos consuman alimentos aceptados por hamasho (Brown y Inhorn, 2013). También, existen regiones donde, si bien no se le atribuyen propiedades digestivas, su presencia no representa una alarma para los padres (Masaku *et al.*, 2017). Incluso se considera tan habitual, que se afirma ser “como su religión”, por lo tanto, los parásitos intestinales en niños no son vistos de manera negativa, tampoco representa un problema que afecte a su bienestar. La presencia de estos parásitos se toma como parte de las vivencias propias de la infancia, por lo que los padres aseguran que es normal entre niños debido a sus hábitos de juego.

Las creencias en referencia a la etiología de las infecciones intestinales y parasitarias influyen en las prácticas de riesgo y métodos de prevención implementados por los padres hacia sus hijos. Un estudio realizado en Bangladesh acerca de la helmintiasis reportó que, según las madres, esta enfermedad se debía a castigos infligidos por Dios como consecuencia a robar, al alto consumo de azúcar, alto consumo de pescado. Incluso, al momento de recibir tratamiento proporcionado por instituciones de salud se reportó cierta desconfianza hacia ellos. Las madres refirieron observar efectos adversos tras su ingestión, por lo que ellas se cuestionaban, cómo es que dichos tratamientos podrían ser benéficos si ellas observaban lo contrario causado por los efectos secundarios del medicamento. Al concluir este estudio, se reportó que las madres mostraban una actitud negativa y una falta de apego hacia los programas de desparasitación de sus hijos (Nath *et al.*, 2019). Estos hallazgos coincidieron con la falta de apego a un programa de desparasitación realizado en Irán (Ghaffari *et al.*, 2020). Otro estudio realizado en Jordania acerca de las percepciones de las madres sobre la salud y enfermedad reportó que las madres consideraban como parte de la enfermedad a las infecciones respiratorias, más no se mencionaron las intestinales, por lo que éstas no conformaron dentro de esta definición.

Es por eso que la percepción de los padres hacia las infecciones, los factores causales de las mismas y su tratamiento juega un papel importante sobre su prevención, sus prácticas sanitarias, su percepción de riesgos y de su gravedad, si un padecimiento no es percibido como una situación de gravedad, la prevención del mismo no será rigurosa.

2.2.2. Factores Socioculturales

El ser humano, como todos los seres vivos está en constante interacción con su entorno, misma que define su desarrollo. La conformación del pensamiento humano se construye por interacciones y vivencias a las cuales nos exponemos a lo largo de nuestras vidas. Nichter, (2008), define el conocimiento como una serie de prácticas repetidas y a su vez reforzadas por los resultados obtenidos por ellas, formando así, la manera en que pensamos, sentimos, clasificamos y actuamos hacia ciertos estímulos. Según Cortés *et al.*, (2009), el “comportamiento saludable” de las personas, al igual que el conocimiento, es adquirido, es decir, se construye, se replica y a través de la práctica se desarrolla y mantiene.

Existen distintas definiciones sobre salud y enfermedad, a menudo se refiere a la salud como la “ausencia de enfermedad” y viceversa, sin embargo, ¿en realidad son condiciones individuales o es un proceso dinámico?. Sacchi *et al.*, (2007) refiere que, el proceso de salud-enfermedad-atención se construye de manera individual y social. En este constructo se involucra el contexto social, cultural, emocional, económico, creencias y valores que conforman los comportamientos de las personas ante situaciones y/o enfermedades, (Nichter, 2008). Estos factores forman un papel importante en la percepción de las personas sobre los riesgos para enfermar, así como la prevención y tratamiento de enfermedades y resolución de enfermedades, ya sea búsqueda de atención médica o tratamiento casero.

Los factores socioculturales propios de cada región pueden influir en las tasas de incidencia y prevalencia de las enfermedades, por lo que, la prevalencia de ciertas enfermedades varía dependiendo del contexto en el que se desarrollan, por ejemplo, en países desarrollados o en vías

de desarrollo, donde su prevalencia suele ser más alta que en los países desarrollados. Un estudio realizado por Harbarth *et al.*, (2002), reporta una diferencia en la prevalencia de Neumococo resistente a penicilina, siendo del 43% y 7% en Francia y Alemania respectivamente. A pesar de ser países desarrollados, se observa una gran diferencia entre estos. Dicho fenómeno se ve determinado por factores socioculturales propios de cada zona, tales como, diferencias entre las prácticas de cuidado infantil, diferencias en las creencias de salud y factores asociados a la demanda de los pacientes. Si bien, a pesar de ser países con similitudes en sus regulaciones, la diferencia radica en las creencias locales de las personas. Dicho estudio destaca la importancia del abordaje sociocultural para prevenir la resistencia a antibióticos, no solo para la resolución del índice de casos, si no para comprender las determinantes de dicha problemática.

2.2.3. Factores Socioeconómicos

Desde algunas décadas, se conoce la relación entre el nivel socioeconómico de las personas y la incidencia de infecciones intestinales. La susceptibilidad a estas enfermedades se ve determinada por el conocimiento de las personas, nivel educativo, pobreza, prácticas de higiene, hacinamiento y su entorno (Mata, 1982). En países subdesarrollados o en vías de desarrollo, se reportan altas incidencias de diarrea, especialmente entre niños menores de 2 años, lo cual se le atribuye a falta de higiene en el hogar, falta de acceso a agua inocua, malas prácticas sanitarias. Un estudio realizado en Indonesia, reporta algunas de las deficiencias en las prácticas de higiene realizadas en los hogares, como utilizar utensilios de cocina sucios para preparación y consumo, errores en el almacenaje de alimentos, cocción inadecuada y temperaturas de cocción inadecuadas (Agustina *et al.*, 2013).

Existen grupos de riesgo a padecer infecciones intestinales, entre ellos se encuentra el nivel socioeconómico bajo. Esto se observa con frecuencia en países subdesarrollados y en vías de desarrollo (Zyoud *et al.*, 2019). Las inequidades sociales juegan un papel importante en el desarrollo de diversas enfermedades y es un factor influyente en su propagación.

Farmer, (2001), describe la situación de inequidad en salud que viven las personas en Estados Unidos con carencias económicas y como las enfermedades, en este caso el VIH, toma gran terreno entre grupos en situación de pobreza, grupos marginados y ciertos grupos raciales como hispanos y negros. Esto no solo se asocia con la incidencia de la enfermedad, si no con la evolución natural de la enfermedad y sus tasas de mortalidad, fenómeno que difiere entre distintos grupos sociales y raciales y de género, presentando un mejor pronóstico entre hombres blancos caucásicos. Si bien, a pesar de describirse la situación en dicho país, nuestro país no es la excepción ante este fenómeno. En México se siguen reportando un alto número de casos de infecciones intestinales (Secretaría de Salud, 2020). A pesar de ser enfermedades prevenibles y de haber gran cantidad de información en cuestión de prevención y promoción de hábitos higiénicos saludables, aún persisten.

2.3. Percepción de Riesgos de las ETAs en los Padres de Familia

2.3.1. Conocimiento y Percepción de Riesgos

Los padres no siempre cuentan con el conocimiento apropiado sobre higiene alimentaria y, por ende, su práctica no siempre se lleva a cabo (Estigarribia *et al.*, 2019). Sin embargo, el nivel de conocimiento no siempre es el factor principal asociado con su aplicación. La percepción de los padres hacia las prácticas de riesgo sanitario juega un papel crucial al aplicarlas (Monfort *et al.*, 2021). Por lo cual, es importante no solo evaluar el conocimiento de los padres, sino también, su percepción hacia dichas prácticas y cómo se relacionan con la edad de sus hijos.

Scheper-Hughes y Lock, (1987) definen la percepción como el proceso de adquisición de información y su interpretación. Sin embargo, esta también es delimitada por prácticas repetidas y reforzadas por resultados que llevan a adquirir formas de pensar, clasificar, sentir y actuar ante ciertos estímulos. La investigación sobre la percepción de riesgos y vulnerabilidad comprende aspectos sociales, emocionales y culturales que facilitan la comprensión de ciertos comportamientos (Nichter, 2008). El concepto de enfermedad, el rol de los alimentos, su asociación

con las infecciones y la percepción de vulnerabilidad de los padres hacia sus hijos son puntos clave para el desarrollo de infecciones.

En cuanto al conocimiento de los padres sobre higiene alimentaria y prácticas de prevención de infecciones intestinales; es bueno en base a lo reportado por algunos autores y las prácticas de riesgo de contaminación de alimentos son identificadas (Teffo y Tabit, 2020; Zyoud *et al.*, 2019). Sin embargo, otros han afirmado que no hay una relación lógica entre ese conocimiento y las actitudes hacia el seguimiento de estas prácticas (Ramírez y Apolinario, 2018). Dichas afirmaciones nos llevan a cuestionarnos, sobre ¿cuál es la razón de la falta de interés por prevenir las enfermedades intestinales, si sus causas y prácticas de riesgo son conocidas entre los padres?.

Ma *et al.*, (2019), demostraron que los adolescentes saben más sobre higiene alimentaria que los mayores. Mientras que Ortiz *et al.*, (2018), encontraron que los preescolares por lo general no tienen el conocimiento adecuado para la prevención de ETAs. Estos hallazgos podrían establecer una conexión entre la manera en cómo los padres perciben a sus hijos pequeños como grupo que requiere cuidado en su higiene, mientras que los mayores no se perciben así. Sin embargo, no hay estudios que profundicen esta suposición.

El conocimiento acerca de higiene y manipulación de alimentos es bueno (Zyoud *et al.*, 2019), sin embargo, la percepción de los padres hacia las infecciones intestinales no siempre incluye a los alimentos como factor causal. La percepción de riesgos se enfoca sobre factores externos como fómites, tales como la tierra, el suelo y las heces, mas no los alimentos *per se* (Castro *et al.*, 2008). La diferencia entre las prácticas de higiene alimentaria en los menores y en los mayores podría atribuirse al perfil cultural, las percepciones, comportamientos y creencias de los padres (Colás y Contreras, 2013; Pérez y Moreno, 2020; Zuta *et al.*, 2019). La percepción de los factores potenciales causales de infección y la priorización en sus hijos según la edad influye en las medidas de higiene llevadas a cabo. El énfasis sobre que los niños preescolares son un grupo vulnerable a las infecciones alimentarias (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015), podría crear percepciones erróneas en los padres de que la importancia de la higiene de alimentos puede disminuir conforme aumenta la edad.

Un estudio realizado por Masaku *et al.*, (2017), encontró que los padres perciben a los niños de 2 a 3 años como susceptibles a infecciones y lo atribuyen a su contacto frecuente con el suelo y a llevar objetos a su boca, por lo cual suelen cuidarlos. Sin embargo, los hijos mayores de 5 años no fueron percibidos como grupo de riesgo. Además, la presencia de parásitos intestinales como tal, no se consideró un problema grave de salud. Los padres refirieron que es una situación que no presenta complicaciones, en especial si es un niño mayor, ya que la mayoría de ellos los han tenido y se consideran sanos. La percepción de los padres hacia las infecciones intestinales es un factor decisivo para la ejecución de sus prácticas preventivas. A pesar de la relevancia del riesgo percibido ante esta enfermedad, en México no se han realizado estudios que puedan explicar este fenómeno.

La alimentación y las prácticas de higiene en el grupo de 6 a 14 años de edad suelen percibirse por los padres como responsabilidad propia de los niños. Estos refieren que ellos cuentan con el conocimiento adecuado, mientras que los menores de 6 años no lo tienen. Además, la poca disponibilidad de tiempo para su cuidado suele obligar la priorización de cuidado de los hijos menores (Castro *et al.*, 2008; Pérez y Moreno, 2020). Dichos hallazgos podrían sugerir que los padres no perciben que los niños mayores de cinco años requieren vigilancia en la higiene alimentaria y que esta práctica puede ser dejada a su cuidado.

Según Guerriero *et al.*, (2018), comentan que la preocupación de los padres por la higiene y salud de sus hijos disminuye conforme aumenta su edad. Los padres están menos dispuestos a pagar por servicios médicos para sus hijos de 7 a 13 años de edad que para los más chicos. Para el grupo de mayores de 14 años, los problemas de salud son descritos como menos riesgosos que en los pequeños, ya que por lo general remiten solos. Incluso, la edad de los hijos se relaciona negativamente con los hábitos de higiene y prevención de enfermedades llevadas a cabo por los padres. Se desconoce la razón por la cual se presenta este fenómeno.

Los factores culturales, socioeconómicos y nivel educativo de los padres se relacionan con la forma de pensar y percibir las enfermedades (Nichter, 2008). Los padres con bajo nivel económico muestran menos interés por la prevención de enfermedades en sus hijos que los de nivel económico más alto. Asimismo, los padres que creen en la relación causal entre los peligros ambientales y la aparición de enfermedades suelen tomar medidas preventivas ante las infecciones y medidas

remediales en caso de que la enfermedad se presente (Guerriero *et al.*, 2018).

Un estudio realizado por Nath *et al.*, (2019) recopiló las actitudes y percepciones de los padres hacia los programas de desparasitación en sus hijos. Los padres tenían pensamientos negativos sobre el tratamiento, lo que resultó en falta de apego al programa. Sin embargo, Nath *et al.*, (2018), mencionan que los padres percibían las infecciones intestinales como enfermedades de riesgo y enfatizaron la necesidad de recibir educación para su prevención.

La percepción de los padres es un factor asociado con la implementación de las prácticas de higiene alimentaria. Shaheen *et al.*, (2020), realizaron un estudio en Jordania acerca de las percepciones de las madres sobre salud y enfermedad. En este se mostró que su concepto de salud es un equilibrio entre el estado físico, funcional, de superación y bienestar general. Dentro de las medidas básicas de salud mencionadas por las madres, se incluyó la prevención de infecciones. Solo se incluyeron las de origen respiratorio como la influenza y gripe, más no las de origen alimentario. A pesar de esto, si se conocía el papel de los alimentos como posible fuente de infección.

2.3.2. Prácticas de Prevención en Menores de Edad

Los hábitos y prácticas observados en la familia durante la infancia son fundamentales, ya que es una etapa clave para la adquisición y mantenimiento de hábitos alimenticios e higiénicos (Pérez y Moreno, 2020). El llevar a cabo prácticas de higiene de alimentos desde edades tempranas es fundamental, no solo para la prevención de enfermedades alimentarias durante esta etapa, sino también, para la formación de hábitos en su persona. Además, la dinámica empleada en ambas edades es distinta, siendo en los menores divertida para garantizar su realización, también se suele realizar en acompañamiento de los padres. A diferencia de los mayores, donde deja de ser una práctica divertida y pasa a ser una responsabilidad y obligación. Por lo anterior, es importante resaltar que dichas prácticas deben llevarse a cabo con vigilancia de los padres desde la niñez temprana hasta la adolescencia.

Torres *et al.*, (2018), realizaron un estudio en Chile sobre el conocimiento de las prácticas de higiene en los hogares. El principal resultado fue que a pesar de que se consideran importantes las prácticas de higiene en la manipulación de alimentos, las familias no las llevan a cabo, por razones que se desconocen. Esto se podría atribuir a la falta de riesgo percibido hacia la ausencia de las buenas prácticas de higiene por los padres sobre el manejo de los alimentos como factores causales de enfermedad en sus hijos. Varios autores afirman que el conocimiento acerca de la etiología de las infecciones intestinales es acertada (Teffo y Tabit, 2020; Zyoud *et al.*, 2019). Sin embargo, la falta de continuidad entre el conocimiento de higiene alimentaria y su aplicación no está del todo claro.

Takanashi *et al.*, (2009) analizaron la presencia de diarrea de origen infeccioso en familias vietnamitas. La prevalencia más alta se reportó en menores de dos años, comparada con los mayores de cuatro años. También se demostró que las prácticas de higiene de las madres tienen un potencial impacto en la prevención de infección en sus hijos. Sin embargo, no se detallaron las diferencias entre las prácticas de higiene llevadas a cabo en los distintos grupos etarios de sus hijos. Las madres afirmaron que los niños pequeños son más propensos a contraer algún tipo de infección y no se mencionaron a los niños mayores.

Las prácticas de higiene realizadas por los padres de familia son muy cuidadosas durante las etapas más tempranas de desarrollo del niño, desde su nacimiento hasta los 5 años (Soto-Lesmes *et al.*, 2017). La edad de los hijos es un factor que influye en la actitud y percepción de los padres hacia las medidas de higiene a emplear. Estas prácticas no solo son llevadas a cabo en el hogar, sino, también en las escuelas y centros de cuidado de los niños y al igual que en el hogar, se asocian con la edad (Naluonde *et al.*, 2019; Soto-Lesmes *et al.*, 2017). La disminución de estas prácticas y de su vigilancia por los padres, aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión alimentaria en preescolares.

La supervisión de los padres en adolescentes de 12 a 14 años es menor que en los más chicos. Entre los factores involucrados en ello se ha observado la presencia de hijos más pequeños, la conformación familiar y la presencia de la pareja (Pérez y Moreno, 2020). También, influye la falta de tiempo debido al trabajo de los padres principalmente en madres solteras y el bajo nivel

socioeconómico (Assunta *et al.*, 2016). Por lo general, la supervisión suele ser mayor en preescolares, por lo cual, a partir de la edad escolar y adolescencia, tienden a recibir menos supervisión.

Akinsanya *et al.*, (2021), reportaron hábitos asociados con la aparición de infecciones intestinales en familias de Nigeria. Las medidas de higiene adecuadas no siempre se llevaban a cabo ni se vigilaban en los hijos mayores de cinco años. Los autores mencionaron como malas prácticas más comunes el lavado de manos sin jabón, el recorte de las uñas una vez al mes, no lavarse las manos antes de comer y no vigilar el uso de zapato. Las buenas prácticas de higiene más observadas fueron consumir agua correctamente desinfectada, lavar las manos después de ir al baño y relacionar la higiene con la prevención de infecciones. A pesar de que estos conocimientos fueron reportados por los padres, no se mencionó la vigilancia y adecuación de estas medidas en sus hijos mayores.

Los hábitos y prácticas de higiene son diferentes según el tipo de familia ya sea nuclear, reconstituida (hijos de distintos padres) o con un solo padre, o de acuerdo al número de hijos y sus edades. En las familias reconstituidas hay menor supervisión en hábitos de higiene que en las nucleares con mejores hábitos higiénicos (Pérez y Moreno, 2020). En las familias con mayor número de hijos es frecuente la percepción de que los cuidados, hábitos de higiene y alimentarios deben ser meticulosos en edades tempranas y pueden disminuir conforme aumenta la edad. Estos factores ambientales contribuyen a variabilidad en las prácticas higiénicas de las familias.

2.4. Higiene y Manipulación de Alimentos

2.4.1. Higiene Alimentaria en el Hogar

La higiene alimentaria implementada entre regiones y dentro de los hogares es diversa y no siempre es la adecuada. Un estudio realizado en Chile, reportó que gran parte de sus encuestados llevan prácticas como lavar las frutas y verduras solo con agua, pocos de sus participantes utilizan

desinfectante y otra parte las utiliza sin lavar. Además, se reportaron malas prácticas de almacenamiento y manipulación, como descongelar carnes a temperatura ambiente y dejar por tiempos prolongados alimentos a la intemperie. Sin embargo, la mayoría de sus participantes reflejó tener conocimientos buenos acerca de las prácticas de higiene alimentaria que se deben emplear, pero estas no se implementan, fenómeno del cual no se encuentra explicación. (Torres *et al.*, 2018).

Una característica en común que se encuentra entre los hogares de distintas regiones es la falta de continuidad entre el conocimiento sobre higiene alimentaria y su ejecución. El lavado de manos es una práctica popular y conocida, sin embargo, no siempre empleada. Takanashi *et al.*, (2009), reportan que, en Vietnam, la ejecución de esta práctica oscila alrededor del 36.8% en los niños tras el uso del baño y alrededor del 29.7% antes del consumo de alimentos. Se obtuvo que el porcentaje de aplicación de estas prácticas es bajo, sin embargo, no se exploró el conocimiento ni percepciones de las madres hacia las mismas, por lo cual el trasfondo de dicho comportamiento se desconoce.

Al igual que lo reportado en otros países, en Ecuador se estudió el conocimiento y prevención de los padres sobre las enfermedades parasitarias, donde se encontró que el nivel de conocimiento que presentaron era inadecuado para prevenir y mitigar los factores de riesgo de infección. Además, se reportó que los hábitos higiénico-sanitarios en dicha población fueron deficientes. Cabe destacar, que se desconocen los factores socioculturales presentes en torno a esta situación (Ortiz *et al.*, 2018).

Las infecciones intestinales son enfermedades prevenibles y a su vez latentes a la espera del ambiente propicio para su desarrollo. Por la naturaleza de la enfermedad y su resolución al paso de unos días (bacterianas y virales), no parece representar una amenaza a la salud o no es percibida como una enfermedad de gravedad por los padres, sin embargo, las parasitarias son prevalentes y rara vez autolimitadas. Es por eso que el estudio de las percepciones nos adentra al contexto total presente en su desarrollo y si es que éstas difieren por la edad.

2.4.2. Prácticas de Higiene en Hijos

Las prácticas de higiene alimentaria en los hogares se definen por las costumbres propias de cada familia, así como las características de la misma. Los hábitos de higiene personal y alimentarios se forman a temprana edad y se modifican conforme los niños crecen y adquieren opiniones propias. Pérez y Moreno, (2020) realizaron un estudio en España y documentaron el cambio negativo de dichos hábitos, tanto de sueño, dietarios como higiénicos en los hijos conforme aumenta su edad. Los niños de 6 a 8 años tienen más horas de sueño, mayor consumo de leche y mejores hábitos higiénicos que los niños de 12 a 14 años. Dichos cambios no solo se ven en las prácticas implementadas directamente por ellos, si no en la atención de los padres hacia ellos. En los mayores de 12 años se reportó menor frecuencia de citas médicas y revisiones regulares, por lo que el enfoque de atención y prevención médica de los padres es hacia los hijos de menor edad. En México, no hay datos que comprueben esta aseveración. De ahí radica la importancia de realizar este tipo de estudios en nuestra región y así, ampliar el panorama hacia la comprensión de la falta de relación entre conocimiento y aplicación de la higiene alimentaria.

3. HIPÓTESIS

La percepción de los padres hacia los alimentos como un medio de entrada de infecciones intestinales y las medidas de higiene, son mayores para sus hijos preescolares y disminuyen para los escolares.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Analizar la percepción de los padres hacia los alimentos como un medio de entrada de infecciones intestinales y las medidas de higiene implementadas en sus hijos en edad preescolar y escolar.

4.2. Objetivos Específicos

Registrar la percepción de los padres hacia los alimentos como medio de entrada de infecciones intestinales en sus hijos de edad preescolar y escolar.

Explorar las medidas de higiene en la manipulación de alimentos implementadas por los padres en sus hijos de edad preescolar y escolar.

Diferenciar las percepciones y medidas de higiene de alimentos implementadas por los padres en sus hijos de edad preescolar y escolar.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Diseño del Estudio

El diseño de este estudio es de tipo transversal, en el cual se realizó un análisis cualitativo de las percepciones y prácticas de higiene alimentaria implementadas por los padres en sus hijos según su edad.

5.2. Población y Sitio de Estudio

El estudio se llevó a cabo con familias residentes en Hermosillo, Sonora, México. Como estrategia de reclutamiento se invitó a padres que cuyos hijos se encuentran inscritos en instituciones públicas y privadas de dicha ciudad. Se seleccionó una muestra de 10 participantes, 5 con hijos pertenecientes a escuelas públicas y 5 a escuelas privadas que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

Los criterios de inclusión fueron, padres mayores de 18 años, con hijos preescolares (3 a 5 años) y escolares (6 a 12 años) que habitan en el mismo hogar y con disposición para participar. La edad de los niños fue confirmada a través de la cartilla de vacunación o acta de nacimiento, así como la edad de los padres a través de la identificación oficial. Los menores no presentaron patologías que requirieran de cuidados especiales. Así mismo, no se realizaron distinciones entre el género de los hijos siempre y cuando cumplieran con la edad requerida.

Los criterios de exclusión fueron no tener hijos dentro del rango de edad estipulado por los objetivos del estudio o hijos cuyo lugar de residencia no fuera el mismo hogar, o hijos con algún tipo de discapacidad que requiriera cuidados específicos, con el fin de no sesgar los resultados.

5.3. Diseño de Guiones de Entrevistas

Se utilizaron dos guiones para la realización de entrevistas semiestructuradas. El primero, contiene puntos de conversación enfocados a la obtención de las percepciones de los padres sobre la higiene alimentaria en función de las edades de sus hijos. Cuyos temas centrales incluyeron, cuál es el rol que le dan los padres a los alimentos de sus hijos, qué consideraciones hacen al momento de elegirlos y si son iguales para todos sus hijos o es diferenciada por la edad. Además, se profundizó sobre cómo los padres perciben en los procesos de salud y enfermedad, la relación con los alimentos y cómo resuelven las infecciones intestinales en caso de mencionarlas.

En el segundo, se exploraron las medidas de higiene que practican los padres durante la preparación de los alimentos. Se ahondó sobre la importancia que los padres les dan a los alimentos según la edad de sus hijos. Asimismo, se exploró cómo y bajo qué conceptos implementan y enseñan estas prácticas a sus hijos.

Los guiones de las entrevistas se desarrollaron tras una revisión bibliográfica exhaustiva relacionada con el tema de interés, tales como: Enquesta d'hàbits relacionats amb la salut, 2021; ESCA 2019 y 2020; Encuesta Nacional de Salud, 2017 (Diputació Barcelona, 2018; Gencat, 2019, 2020; MSCBS, 2017). Se tomaron en cuenta guiones de percepciones de higiene y prácticas de higiene llevadas a cabo por los padres hacia sus hijos. Esta información se adaptó a los propósitos del estudio y de la población, ver Anexo no. 1 (Green y Thorogood, 2009).

Las entrevistas se realizaron por medio de videoconferencias utilizando la plataforma Google Meet®. En los casos que no se tuvo acceso a dicha plataforma, se acordaron videollamadas por Whatsapp®. Con los participantes cuyo acceso a internet se encontró limitado, se realizaron por medio de llamada telefónica.

5.4. Recolección de Datos

Las 20 sesiones de entrevistas se grabaron con la autorización de los participantes. Posteriormente, se revisaron y transcribieron en su totalidad, con el fin de obtener los conceptos claves más importantes y realizar un contenido temático basado en los datos más relevantes.

5.5. Consideraciones Éticas

El protocolo fue sometido a evaluación ante el Comité de Ética en Investigación del CIAD. Se contó con el consentimiento informado (Anexo no. 2) por escrito de los padres antes de su participación tras la explicación del estudio. Se les hizo llegar a los padres un oficio explicando los objetivos del estudio, garantizando la privacidad y confidencialidad de sus datos, así como el derecho de retirarse en cualquier momento del desarrollo del trabajo. Se incluyeron también, los posibles beneficios y riesgos potenciales por participar. Solo los padres que voluntariamente decidieron participar fueron incluidos.

5.6. Análisis de Datos

Las 20 sesiones fueron grabadas con fines de investigación, los datos obtenidos fueron transcritos. Tras su captura se realizó un análisis cualitativo reflexivo de los datos para la obtención de las percepciones y prácticas de higiene llevadas a cabo por los padres (Green y Thorogood, 2009).

Para la obtención de las percepciones analizadas se utilizó el enfoque sobre significados y entendimiento, con el fin de extraer los conceptos clave, así como sus componentes clave y supuestos. Se obtuvieron las creencias personales, locales y culturales de los padres y se utilizó una metodología de análisis de contenido temático para la interpretación de los datos, los cuales se

presentan de manera descriptiva (Green y Thorogood, 2009).

Para el análisis de las prácticas de higiene alimentaria implementadas en sus hijos, se analizaron las grabaciones con el fin de obtener e identificar los comportamientos comunes entre los padres según la edad de sus hijos. Esta información se analizó meticulosamente, asimismo se obtuvieron patrones de conducta similares entre los padres.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La población de estudio fueron 10 madres, dentro de un rango de 31-41 años, con hijos en edad escolar y preescolar en el mismo núcleo familiar. El reclutamiento y medio de contacto se realizó a través de sus escuelas, cuyos nombres se omiten con fines de privacidad. Dichas escuelas pertenecen a los sectores público y privado en distintas zonas de Hermosillo, Sonora. El nivel educativo de las madres fue variado y osciló desde nivel secundaria hasta doctorado. Los resultados se presentan con una categorización de los puntos principales obtenidos de cada entrevista sobre las percepciones de las madres de diversos temas y las prácticas de higiene alimentaria que se llevan a cabo en el hogar. Dichos puntos se enlistan a continuación como subtemas, con una descripción de los datos obtenidos de cada uno.

6.1. Bienestar y Salud

6.1.1. Edad

En los escolares se incluyeron más características que definen su bienestar, como el ámbito emocional, educacional, espiritual y recreativo. Se describió como parte de su bienestar el tiempo que se tiene en familia, el tiempo para realizar actividad física e incluso su ambiente escolar: *“Que haya química entre alumno-escuela-maestros y el apoyo de los padres en escuela”*⁵. El rendimiento académico en los escolares, es tomado como factor decisivo para definir el estado de su bienestar, donde se percibe que, si éste está en un nivel óptimo, por lo tanto, se encuentran en un estado de bienestar.

En los preescolares se mencionaron solo factores físicos y emocionales dentro de su bienestar general, sin embargo, se describieron más síntomas de bienestar, incluso incluyeron sus comportamientos: *“no necesariamente que esté enferma, si no cómo se ve, si veo frustración digo*

trae un problemita que atenderle”². Estos hallazgos concuerdan con los resultados obtenidos en un estudio realizado en Jordania, en el cual se incluyeron 20 participantes, madres biológicas de niños de 6 a 12 años, originarias de Jordania, aquí la visión del bienestar se describe de manera holística en los escolares. Se incluye el estado emocional, físico, funcional, bienestar y su manera de sobrellevar el duelo (Shaheen *et al.*, 2020).

En este grupo etario no sólo se tomó en cuenta la ausencia de enfermedad como determinante del bienestar, si no su comportamiento, su semblante, su estado anímico y su nivel de energía, a diferencia de los escolares donde esto no fue mencionado. Inconscientemente las madres se encuentran en constante alerta del comportamiento de los preescolares como parte de su vigilancia diaria. Por el contrario, en los escolares esto no figura dentro de su atención.

6.1.2. Sector Público y Privado

La perspectiva sobre la salud también fue diferenciada por los sectores de las madres, lo cual confirma que las perspectivas de las personas son influenciadas por su entorno. Las respuestas del sector público fueron más enfocadas hacia tener las necesidades básicas cubiertas. Aquí el tiempo en familia, recreativo y lo social mencionado por las madres del sector privado pasa a segundo término, la salud es descrita como lo primordial en la vida de las personas: *“es lo más importante que tenemos, si no tenemos salud no tenemos nada”*⁷, *“sé que tienen bienestar porque tienen techo donde dormir, no tenemos lujos, pero no pasan hambre ni frío”*⁹.

Las madres del sector público describen a la salud como su máxima prioridad, ya que mencionan que sin salud no hay calidad de vida. Al profundizar sobre la salud y las enfermedades, algunas madres de este sector hicieron alusión a la influencia del capital económico como parte de su preocupación cuando sus hijos cursan por alguna enfermedad. En este grupo, existe una valoración constante del significado de tener salud y su impacto en distintos ámbitos.

Por el contrario, las respuestas del sector privado sobre bienestar se enfocaron en contar con salud

y tener cubiertos el ámbito recreativo, social y tiempo familiar. En este grupo la salud es valorada, sin embargo, la presencia de enfermedad no representa una amenaza en la economía de dichas familias, por lo que la enfermedad es vista como una situación transitoria con afecciones meramente biológicas. Un estudio previo cuyo objetivo fue realizar una recopilación de la postura actual sobre la subjetividad de la percepción del bienestar, refirió que esta es amplia y se puede observar desde un nivel individual hasta uno macrosocial, en lo cual influye el entorno de cada individuo (Díaz, 2001). Otro estudio realizado en México, confirma que el estado socioeconómico y la satisfacción personal percibida influyen en la construcción personal de este concepto en las personas, por lo que las respuestas varían entre individuos y grupos de individuos (Navarro-Chávez *et al.*, 2016).

6.2. Enfermedad e Infecciones

6.2.1 Escolares

En general las madres refieren que sus hijos casi no se enferman del estómago, sin embargo, al recordar sobre las infecciones padecidas, algunas mencionan casos y cambian de parecer. Solo una de las participantes refirió que el escolar ha padecido enfermedades estomacales desde el nacimiento, *“desde que nació hemos batallado con el estómago desde recién nacida, ha padecido amebiasis y giardia, casi cada temporada ya sabemos que le va a dar”*³. En esta situación, los padres toman estos padecimientos como algo habitual en su hija escolar, por lo que su presencia ya no los alarma. Dichos resultados concuerdan con los obtenidos en un estudio realizado en cuatro condados de Kenya. El objetivo de ese estudio fue analizar el conocimiento y percepción de los padres hacia los parásitos intestinales, cuyos participantes fueron padres de niños preescolares. Se reportó una aceptación por parte de los padres hacia la presencia de parásitos intestinales, derivado de la regularidad y frecuencia de este padecimiento, por lo que no les generaba preocupación (Masaku *et al.*, 2017).

También, hubo casos donde se mencionó que las infecciones intestinales se padecieron al estar en etapa preescolar, *“cuando entró a preescolar, no fue niña de guardería, entonces no traía las defensas de un niño que se está enferme y enferme”*⁵. Existe un conocimiento popular y aceptado por las madres que, al inscribir a sus hijos en alguna guardería estos enfermarán por el contacto con otros niños, pero al final fortalecerán su sistema de defensas.

Por otro lado, la percepción sobre las enfermedades e infecciones padecidas en este grupo etario se enfocan en respiratorias (gripe, secreciones mucosas, bronquitis, neumonía), sin embargo, al dirigir la entrevista hacia enfermedades del tracto gastrointestinal, se enfocan en diarrea, estreñimiento, gastritis, colitis e indigestión o como es conocido popularmente como *“empacho”*. La confirmación de haber padecido una infección intestinal surge al ser mencionadas explícitamente en la entrevista. La mayoría refiere que no son infecciones frecuentes. En general no se mostró gran preocupación al hablar de las infecciones gastrointestinales, incluso se mencionó preferir un episodio de diarrea que uno de estreñimiento, *“cuando nos dice hice como diarrea le digo que bueno, es preferible que haga a que no haga”*¹. Al igual que los resultados reportados en un estudio realizado en Jordania con madres de escolares. Al cuestionar sobre las infecciones padecidas, solo se mencionan las respiratorias, más no las intestinales (Shaheen *et al.*, 2020).

En cuanto a la vigilancia de heces, la mayoría refirió concentrarse en la verificación de la frecuencia de deposiciones, mas no de su consistencia. La vigilancia de su consistencia se basa en lo que los niños les refieren a ellas. En un caso se especificó que la supervisión visual finalizó al comenzar su educación primaria, *“pasando a primero dejé de supervisarla, todo preescolar la ayudaba, en cuanto brincó a primaria dejé de hacerlo”*⁵. No se encontraron estudios que confirmen esta disminución en la vigilancia de las heces de los escolares, sin embargo, en España se realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar la higiene, hábitos alimenticios y prácticas de salud entre familias con niños de 6 a 14 años. Este reportó que los hábitos alimenticios, higiénicos y la frecuencia de visitas médicas es deficiente y disminuye respectivamente, conforme aumenta la edad de los hijos (Pérez y Moreno, 2020).

También, en esta etapa se mencionó la asociación del malestar o dolor estomacal con cuestiones emocionales, como enojo o estrés por actividades escolares. Esta suposición es percibida así por

las madres, registrada más como una reflexión y autocuestionamiento ante la conversación sobre el tema del que hay un dato del que están seguras “*pero es porque comió mucho o porque se estresó por un examen*”², o “*a lo mejor te lo digo porque me pasa a mí, déjame pensar si a ella, como que siento en el estómago, no que me haga reacción, pero como que siento ahí. Se resiente, pero no sé si ella*”². En cierta manera, las madres perciben a los niños escolares distintos a los preescolares y los apegan más a las afecciones de un adulto, que a las de un niño.

6.2.2 Preescolares

En los preescolares la enfermedad se describe principalmente por la presencia de temperatura de origen viral, dentro de las manifestaciones comunes se mencionan enfermedades de la garganta, secreciones mucosas, “ojos tristes, hundidos o caídos”, falta de actividad, falta de apetito, somnolencia e irritabilidad. La mayoría coincide en que la enfermedad se refleja en el rostro, especialmente en los ojos, al observar esto proceden a revisarlos y confirman calentura, ya sea palpada o por termómetro. En el preescolar, se observan señales mínimas que ya representan necesidad de atención para la madre, a diferencia de los escolares “*nomás está pasivo y ya es signo de alarma, en el escolar también se le nota, pero en el preescolar es más evidente*”¹.

A pesar de que las participantes no mencionan por iniciativa propia las infecciones intestinales, refieren cuidar el lavado de manos y los objetos que introducen a su boca. En este caso, la vigilancia de heces en casi todos los casos refiere diaria, ya que la asistencia en el baño es indispensable, a diferencia de los escolares que no requieren ayuda. Incluso se menciona “*todavía lo limpio, entonces todavía me fijo*”², “*si todavía porque todavía la acompaño al baño*”⁵.

El apoyo en los preescolares al llevar a cabo la higiene al ir al baño va de la mano con la supervisión de sus heces. Circunstancia que probablemente hace que la posibilidad de contaminación con las mismas se reduzca. Además de esto, existe una gama más amplia de manifestaciones a las cuales ponen atención como la consistencia de las heces, su coloración, el análisis sobre la higiene que sus hijos toman y el modo en que lo hacen, con su respectiva retroalimentación.

6.3. Alimentación

La alimentación que llevan ambos grupos etarios es muy similar, las distinciones realizadas por la edad van enfocadas a la cantidad de alimento por consumir, no al tipo de alimento ofrecido. Es decir, se sirven alimentos iguales o similares (por gusto personal de hijos), en distintas cantidades. Reportaron cuidar mucho la alimentación en ambas edades, que es enfocada hacia la calidad nutrimental y cantidad de alimentos consumidos que ellas mismas determinan, los cuales son seleccionados cuidadosamente; mas no tienen restricciones alimentarias como método de prevención de infecciones intestinales. En casos de que las haya, son evitados en ambas edades como mariscos crudos, carne de cerdo, pollo o verdura de establecimientos públicos.

A pesar de que internamente, en casa, la alimentación sea medida e igual en ambas edades, se refiere falta de control en la alimentación de los escolares, a diferencia de los preescolares, cuya alimentación es controlada. Al describir la alimentación de sus hijos escolares se menciona la influencia del contexto escolar sobre ella, *“su alimentación es buena, pero era mejor. Antes no tenía acceso a dulces o pastelitos y ahora que entró a la escuela empezó a tener contacto con eso”*, *“mientras yo la esté supervisando es buena, fuera ya no”*⁷ o *“ya no es la misma que uno le mande el burrito o el sándwich a la escuela, ya no quieren o prefieren gastar en la cooperativa, ahí sí que compran puras papas fritas, soda o donas”*⁷. Los escolares se encuentran en una etapa donde empiezan a decidir sobre su alimentación basados en sus preferencias, por lo que las madres se ven forzadas a otorgarles cierta libertad, situación que no se presenta en los preescolares. Estos hallazgos se asemejan a lo reportado en España, donde en los hijos de mayor edad se observa más consumo de comida rápida, pero dietas más saludables en los menores (Pérez y Moreno, 2020).

En el caso de los preescolares no hay acceso a ese tipo de alimentos, por lo que consumen alimentos enviados de casa, *“con ella no aplica igual que en el escolar porque en su escuela come comida que yo le hecho y pues ahí no hay cooperativa, entonces es totalmente lo que yo le doy”*⁷.

6.4. Etiología de las Infecciones Según las Madres

Las madres reconocen que los alimentos pueden causar infecciones intestinales, sin embargo, no en todos los casos se reconoce la causa correcta. En la mayoría de los casos el factor en los alimentos que reconocen como causal es el chile, los condimentos y la cantidad de grasa contenida. Se cree que los alimentos con altas cantidades de grasa, ocasionan náusea la cual puede inducir vómito y diarrea. También, se cree que los alimentos con gran cantidad de condimento y/o picante pueden causar dolor abdominal, diarrea y vómito. Esto lo denominan malestar estomacal y en algunos casos infección, sin embargo, la referencia más común fue “diarrea” como enfermedad. A pesar de realizar la asociación del lavado de manos con la contaminación de alimentos, no se reconoce a los alimentos como vehículo de microorganismos, ni detonantes de infecciones estomacales o intestinales.

Al indagar sobre las posibles consecuencias de ingerir alimentos contaminados, su enfoque se dirige hacia el dolor abdominal, pesadez, malestar estomacal, diarrea y vómito, más no se reconoce como infección. La percepción etiológica de las infecciones intestinales es diversa. En algunos casos se cree que el ingerir alimentos a la fuerza puede desencadenar una infección *“que coman una comida que no quieran o que no se les antoje mucho y que coma a fuerzas le puede causar infección”*⁹. Se mencionaron alimentos como el frijol y el caldo de res con verduras, sin embargo, se enfatizó que su causa es la ingestión forzada, más no la falta de higiene al prepararlos o consumirlos. También, se cree que la diarrea se ve definida por la consistencia del alimento ingerido, donde los líquidos le otorgan la característica acuosa *“una vez le dio mucha diarrea, que se me hace raro porque no come caldos”*⁹.

Se reconoce que el lavado de manos y de alimentos son parte de la higiene de alimentos que se debe llevar a cabo, incluso se mencionan como prácticas de prevención de infecciones intestinales. Se resalta la importancia del lavado de alimentos, sin embargo, su método varía. Algunas madres lavan los alimentos con desinfectantes especiales para frutas y verduras; otras los lavan con jabón para trastes, otras utilizan aceites esenciales y vinagre; y otras los lavan solo con agua de la llave. La importancia de la higiene alimentos es reconocida ampliamente, más no su método de realizarlo.

A pesar de ser conocimientos universales, estos se ven modificados por contextos personales y culturales propios de cada familia, por lo que fueron adaptados a las opiniones de los hogares.

El enfoque de los padres sobre la presencia de infecciones intestinales va hacia la edad preescolar en la mayoría de los casos y la razón son las prácticas que llevan a cabo. Tales como introducir sus manos a la boca, jugar en suelo, gatear, morder/chupar juguetes. También, se lo atribuyen a que en esta etapa inician por primera vez la interacción social, intercambian los mismos juguetes y que hay más flujo de personas en torno a ellos. Incluso, se espera como propio de la edad cursar esa etapa donde se normalizan las enfermedades, *“una vez me dijo el doctor nos autovacunamos conforme vamos creciendo. A lo mejor como niños vamos a tener más infecciones, lo que van agarrando, polvo, el perro ... entonces a lo mejor si eso les hizo daño en ese momento, ya de grande ya no nos va a hacer daño porque ya pasamos por ahí”*⁶. La opinión de un profesional de la salud, muestra la forma en la cual se va construyendo/deconstruyendo la manera de enfrentar una enfermedad otorgándole cierto valor que puede ser con el tiempo revalorizado o devaluado, según sea el caso.

Se cuestionó a las madres sobre distintos elementos causantes de infecciones, que fueron, los alimentos, el agua, las moscas y el polvo. En cuanto a los alimentos mencionaron que no atribuyen la causa a los alimentos *per se*, si no al mal manejo que se les pueda dar, como no lavarlos, no lavarse las manos o no almacenarlos en refrigeración. En los casos en que se eviten alimentos por el riesgo de estar en malas condiciones, se evitan en ambas edades. Se mencionaron alimentos específicos que son evitados en establecimientos públicos o las llamadas comidas en la calle, como, la carne de cerdo, el pollo, los mariscos crudos, el tomate, el repollo, las aguas frescas o paletas de hielo. En el caso de las carnes, por la susceptibilidad que tienen de “perdersé” o contaminarse, el agua fresca y las paletas por desconocimiento de la procedencia del agua con la que son preparadas y las verduras por una probable falta de desinfección.

Todas las madres concluyeron que las moscas son una fuente importante de infecciones, debido a que suelen encontrarse en el excremento y basura, sin embargo, algunas refirieron no tener moscas dentro de su hogar. También se consideró que el polvo pudiera contaminar los alimentos, sin embargo, se mencionó que en los lugares donde sus hijos comen no hay polvo, como el comedor

de su hogar. Por último, también se afirmó que el agua pudiera causar una infección si no es potable, sin embargo, la totalidad de las madres afirmaron que sus hijos consumen agua potable o agua filtrada en casa. El factor causante que consideraron con más peso fueron las moscas, mismas que con solo ser mencionadas causaron repulsión y aversión en ellas, todas afirmaron estar pendientes de que no entren al hogar.

Una de las madres mencionó que el agua, a pesar de ser potable, en ocasiones ha causado malestar estomacal en todos los integrantes de la familia y al observarla tras presentar malestar, se nota turbia y con sedimentos, refiere que en estas ocasiones les ha causado dolor abdominal y confirma que el desecharla y sustituirla el malestar cesa. Por otro lado, una de las madres mencionó que el consumir agua potable es una cuestión de costumbre cultural y social, por lo que para ella el consumo de agua de la llave no figura como un riesgo para enfermar. Las opiniones de cada una se ven definidas por los hábitos generacionales heredados por sus padres y las costumbres inculcadas durante su infancia.

6.5. Tratamientos y Atención Médica

Los cuadros de problemas intestinales de origen bacteriano, parasitario o viral cursan con un cuadro clínico muy similar. Este se manifiesta por diarrea acuosa, por lo general sin sangre, náusea y vómito, dolor abdominal tipo cólico, dolores musculares o de cabeza y fiebre (Mayo Clinic, 2022).

Los tratamientos empleados en los niños fueron remedios caseros y fármacos, además administrados en ese orden. La distinción entre estos no fue basada en la edad de los niños, si no en las preferencias y opiniones personales de las madres. Algunas madres utilizan remedios caseros como aceites esenciales, añil, tés y masajes abdominales para aliviar el malestar. *“Cuando me dice que le duele la panza le doy una cucharada de bicarbonato, aceites en la panza y a veces se le quita, si no mejora la llevo al médico”*⁴, *“si siento que trae infección, pero no trae otra reacción como calentura, ahí le doy Treda® (antibiótico contra infecciones de origen bacteriano gram negativo y gram positivo, compuesto por Neomicina, Caolín y Pectina). El otro que siento que es*

más amigable porque se lo daban de más chico es el Eskapar® (antiséptico intestinal utilizado para diarrea aguda y subaguda bacteriana, compuesto por Nifuroxazida), pero ese sin pensar si es infección, solo ahí te va”². Este segundo, se administra sin detenerse a analizar los signos presentados.

Las madres, toman decisiones con respecto a los tratamientos considerando a sus hijos como personas adultas en igualdades de peso (Kg) y edad (años), estresando el cuerpo de los menores de edad con componentes activos y concentraciones probablemente por arriba de lo requerido, sin obviamente una mala intención, pero en respuesta a un comportamiento frecuente practicado entre las madres, además de promover en un futuro más cepas bacterianas resistentes a antibióticos. Dicho comportamiento coincide con un estudio realizado en Argentina con familias de bajos recursos de la ciudad de Salta, donde se observó la realización de acciones previas a la búsqueda de atención médica al momento de padecer enfermedades, que denominaron como autocuidado (Sacchi *et al.*, 2007).

Otras tienen la concepción de que la diarrea es una manera del cuerpo de depurar, por lo que dejan que su curso continúe, cuidando el estado de hidratación, *“para mí lo del estómago es dejar que salga, dar suero y caldos, nada de grasa en la dieta y ya. En el caso que lo llevé al doctor, era porque le dolía mucho el estómago, tenía temperatura entonces dije a lo mejor necesita antibiótico, no nomás que salga la diarrea”¹. Estas reconstrucciones de conocimiento son basadas en experiencias previas de enfermedad en sus hijos con base médica, ya que se mencionó como recomendación por parte del pediatra “dejar que el cuerpo expulse lo que esté intentando expulsar” y cuidar el estado hidroelectrolítico debido a la pérdida por diarreas.*

También se observa la reproducción de tratamientos utilizados en sí mismas, en sus hijos influenciadas por sus juicios personales. Algunas de las madres reproducen los tratamientos utilizados en sí mismas hacia sus hijos, *“yo era de tener diarreas y así me decía el médico, déjalo salir y toma suero”¹, o “Influye mucho que, no me gusta consumir pastillas, de hecho, si de plano no aguanto, si es una infección muy grande, ya ahí tomo y evito a los niños darles, para el estómago siempre tengo añil y cosas así, eso es lo que les doy”⁷. Incluso en esta participante, existe preferencia hacia los remedios caseros sobre el tratamiento farmacológico. Mencionó creer que la*

eficacia de un tratamiento natural es más efectiva que un tratamiento farmacológico, la diferencia radica en el tiempo necesario para producir efectos o mejoría, donde opina que los remedios naturales requieren más tiempo, pero tienen mayor efectividad.

La toma de decisiones al momento de la automedicación hacia sus hijos se basa en experiencias previas, en las cuales, durante su curso las madres enfrentaron un proceso de definición, categorización, aceptación y resolución de la enfermedad. Esto les formó una manera específica de afrontar dichos padecimientos, por lo que ellas construyen su *modus operandi*. Una de las madres mencionó que, ella acostumbra conservar supositorios y medicamentos antitérmicos listos para su uso en caso de calentura en sus hijos.

En cuanto a la búsqueda de atención médica todas las madres coinciden en que la presencia de calentura ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), dolor que no cesa o deposiciones frecuentes y/o líquidas son factores decisivos para acudir al médico. Es de resaltar que en distintas ocasiones se mencionó la atención médica vía Whatsapp LLC, que varió desde chatear con el doctor sobre los síntomas, enviar fotos de las heces, hasta obtener recetas, dependiendo de la necesidad percibida por los pediatras se realizaron citas de manera virtual o presencial.

Al momento de acudir al médico para atender algún malestar relacionado al tema de interés de este trabajo, las madres refieren que sus hijos recibían antieméticos como Ondansetrón y Bonadoxina®, sin embargo, fueron pocos los casos las que recordaron haber recibido antibiótico. En algunos casos, estos antieméticos no fueron recetados por el pediatra, sino que eran adquiridos por la propia cuenta de las madres, incluso, una refirió siempre tenerlos listos en caso de necesitarlos. La automedicación es una práctica común y una manera autosuficiente de resolver las enfermedades sin necesidad de acudir al médico. Esto concuerda con lo reportado por Lock y Nguyen, (2010), y desde un punto de vista antropológico existen dos extremos, las personas que confían en los tratamientos farmacológicos y las que confían en los remedios naturales. En este estudio se encontraron ambos.

6.6. Susceptibilidad Percibida

Antes de comenzar con la manera en que las madres perciben la vulnerabilidad a padecer una infección intestinal, es importante resaltar que todos los casos se ven influenciados por sus experiencias previas personales con sus hijos. En los casos en que se tiene mayor cuidado con los hijos escolares, existe una experiencia previa de alguna situación o patología, misma que marcó un antes y después en el cuidado hacia éstos mismos.

En los casos en que las madres percibieron haber vivido una amenaza contra la vida de sus hijos, es en aquellos a los que se les da la misma o mayor atención que a los preescolares. Hubo varios casos en los que las madres pasaron por enfermedades no agudas, es decir, crónicas o de lenta resolución, las cuales marcaron una diferencia en su cuidado. Una de las madres se enfrentó al fallecimiento de uno de sus hijos debido a Neumonía, por lo que ella refiere sobreproteger a sus hijos a raíz de esto. En ella se observa el mismo nivel de cuidado en sus hijos preescolares y en su hijo escolar, por lo que su vigilancia hacia ellos es meticulosa y minuciosa. En los casos en que los hijos escolares presentan situaciones crónicas como alergia a algunos alimentos, intolerancia al gluten, asma o riesgo de desarrollar diabetes por macrosomía al nacer se observó un cuidado constante, independiente a su crecimiento.

Por último, hubo un caso en el que se experimentó una experiencia previa a convulsiones causadas por fiebre, por lo que, en este caso, la presencia de temperatura de 37°C representa una alarma para la madre. Dicha participante conserva supositorios, mismos que utiliza ante la presencia de fiebre. Además, ella refiere que la evolución en su temperatura es rápida, por lo que tiene que prepararse anticipadamente a estos sucesos *“llega a un punto donde el medicamento oral no funciona, y él cuando estaba chiquito, convulsionó por fiebre, entonces él pasa de 36°C a 38°C en 10 minutos. Y después del supositorio tengo que usar trapitos, bañarlo, es actuar de inmediato”*¹⁰.

La postura general de las madres, en la mayoría de los casos es que los niños lactantes y preescolares son más propensos a padecer infecciones estomacales e intestinales debido a la falta de madurez del sistema inmune y las prácticas comunes propias de la edad, como el introducir sus

manos y objetos a la boca y gatear y jugar en el suelo. La razón de opinar así, es la madurez mental que van adquiriendo los niños conforme van creciendo, *“desde que tienen un año hasta los seis, ya de ahí como que ya tienen más esa noción que se lavan las manos, empiezan a entender más después de los seis años”*⁶. A pesar de esto, la mayoría de las madres refieren que en la actualidad sus hijos más pequeños son los que llevan a cabo el lavado de manos con mayor frecuencia y que suelen repetir lo aprendido en clases referente a la higiene y salud. Además, las madres mencionaron notar que, durante clases, en el grado preescolar la repetición de la importancia del lavado de manos es constante, a diferencia de los escolares a los que no se les repite.

A excepción de esto una madre refirió que la edad adolescente de los 13 a los 16 años es en la que ellos adquieren más independencia y los padres pierden control sobre sus acciones, por lo que percibe a esta etapa como la más riesgosa para padecer una infección intestinal, *“Por las escuelas pienso yo, como quiera cuando son más chiquitos tenemos más el control de no darles dinero, mandarles lunch. Ya cuando están en secundaria o prepa ya es más difícil controlar esa situación porque ya les da vergüenza”*⁷.

En general la mayoría dice que los preescolares son más susceptibles a enfermarse, pero refieren que los mayores son más enfermizos que los chicos. A pesar de esto refieren la necesidad de vigilar más a los chicos y dar más libertad a los grandes, debido a que estos tienen mayor consciencia y conocimiento. Esta percepción de que los escolares tienen mayor conocimiento y consciencia puede estar relacionado con aspectos de autosuficiencia e independencia, que refieren las madres hacia los escolares. En realidad, se trata de hijos que aún son pequeños y no cuentan con la suficiente experiencia para relacionar una situación de riesgo con el desarrollo de una enfermedad intestinal, pudiendo ser este el motivo por el cual los reportan como más enfermizos.

Al cuestionar acerca de la edad general susceptible para enfermarse se mencionan a los lactantes y preescolares, sin embargo, cuando se cuestiona sobre sus hijos refieren a los mayores como más enfermizos, *“la mayor se enferma más seguido y más fuerte y la menor más a lo largo y un poco más leve”*³, la explicación o causa probable mencionada es la alimentación ya sea a edad temprana o actual, *“a la menor le di pecho más tiempo y que la menor está más abierta a comer de todo, en general come mejor que la mayor, más variado y más cantidad acorde a su edad”*³, dejando el

estado de salud actual totalmente a la alimentación y el autocuidado.

6.7. Supervisión Hacia sus Hijos

En algunos casos se mencionó la dificultad para controlar a los niños escolares, por las características propias de la edad. Las madres refieren que al entrar en esta etapa exigen más privacidad e independencia. Esto ocasiona una disminución en la vigilancia que tienen sobre las heces, ya que a los preescolares aún los asisten en el baño y les permiten la entrada. A diferencia de los escolares que presentan más negación *“ya no deja que lo vean, menos ahora, dice: ya estoy grande vete para allá y cerraba la puerta no me deja ver”*⁸, otra madre refiere *“ahora no quiere que le diga nada, le digo: lávate las manos y viene enojado”*⁹.

Los padres, están en constante vigilancia y negociación con sus hijos, de tal manera que, por un lado, los padres pueden ir otorgando ciertas libertades e ir observando cómo manejan diversas situaciones que tienen que ver con su salud. Por otro lado, existe la contraparte que es que los hijos exigen independencia argumentando tener conocimiento sobre estos temas, que dado lo reportado por las madres entrevistadas, las prácticas tan sencillas de higiene personal no son relacionadas con el padecimiento de enfermedades intestinales.

Las críticas u opiniones que reciben los escolares por parte de su entorno también influyen en la manera en que ellos actúan hacia el cuidado de las madres. Una madre mencionó que su hijo recibía críticas por parte de sus compañeros debido al cuidado que ella le daba *“cuando entró a la primaria los otros niños le decían: ya estas grande tú, porque yo lo llevaba de la mano y me decía soy grande, ya no te necesito tanto”*⁸.

El contexto escolar también se relaciona con la información sobre higiene que los niños reciben. Según lo referido por las madres al momento de la realización del estudio, los preescolares acudían a clases presenciales y los escolares se encontraban en modo virtual. Las madres mencionaron que los temas de higiene eran tocados frecuentemente en preescolar, incluso se realizaban sesiones

informativas para los padres sobre higiene y nutrición. Además, los niños realizaban tareas sobre este mismo tema y sobre los protocolos establecidos por el COVID-19. A diferencia de los escolares, a los cuales no se les proporcionaba información sobre higiene, ni los protocolos establecidos debido a la contingencia. Según las madres, a los escolares solo se les recordaba “cuidarse y mantener la sana distancia”.

6.8. Prácticas de Higiene Alimentaria

La higiene de alimentos está presente en todos los hogares, con variantes entre sí y esta empieza desde el momento de su adquisición. Todas las madres tienen sitios de preferencia para adquirir productos, algunas obtienen los alimentos y productos del hogar del mismo sitio, otras acuden a los supermercados solo por los productos del hogar, y obtienen los alimentos a partir de mercados, fruterías, abarrotes y carnicerías. La razón de esto es por la diferencia de frescura de los establecimientos que se dedican exclusivamente a la venta de carne o pescado y los que se encuentran en el supermercado. Al momento de su selección todas refieren observar las características organolépticas de cada alimento seleccionado y algunas también revisan su fecha de caducidad. La presencia de manchas en el alimento es un factor decisivo para descartar su compra *“hay veces que no he traído papa, no he traído cebolla porque está podrida y digo ni modo que me lleve este, mejor digo no voy a llevar, ni modo que le arranque el pedazo ... ay no”*⁹.

Al preguntar sobre el lavado de alimentos, las madres afirman realizar esta práctica con todos los alimentos y en todos los tiempos de comida, incluso, se afirmó con tono de obviedad. Se reconoce la importancia de dicha acción y se asocia con la prevención de infecciones, sin embargo, el método de realización es diverso. La mayoría de las madres lava los alimentos con agua de la llave y algunas utilizan agua filtrada. Los productos utilizados para la desinfección de frutas y verduras varían entre microbicidas (Mycrocin®, Great Value®), jabón para trastes (Axió®, Salvo®), bicarbonato, vinagre blanco, aceite esencial de limón y en algunos casos solo agua de la llave.

En referencia al lavado de manos, todas las consideraron esta práctica como pieza clave de la

higiene, aseguraron que se debe realizar antes de comer y después de ir al baño. Asimismo, refirieron que sus hijos la ejecutan. La diferencia entre ellos radica en la iniciativa propia de los niños a realizarlo. Algunas refirieron que los preescolares repetían todo el día lo que sus maestras les decían, conocían su importancia e incluso incentivaban a sus hermanos mayores a realizarlo. Por otro lado, algunas madres refirieron que los preescolares no contaban con el conocimiento adecuado por ser chicos y que los mayores tenían más consciencia y noción sobre higiene, por lo que a los mayores no era necesario recordárselo y a los menores sí.

Todas las madres aseguraron que sus hijos se sientan a comer con las manos previamente lavadas y que todos los alimentos que consumen son inocuos, ya sea lavados por ellas o por ellos mismos.

6.9. Búsqueda de Información

La búsqueda de información sobre enfermedades, ya sea sintomatología, causas y tratamientos comienza tras agotar el uso de tratamientos, ya sea farmacológicos o caseros. Los medios de búsqueda fueron variados, sin embargo, la mayoría de las madres coincidió en el principal. La primera fuente de información para ellas en cuanto a infecciones intestinales son los pediatras y los centros de salud. Todas reconocen la importancia y la confianza que éstos les generan al momento de resolver sus dudas. Como primera opción acuden al médico, ya sea en consulta presencial, o consulta virtual, misma que puede ser por llamada telefónica o mensajes de texto. Otro medio de búsqueda común fue el Internet, sin embargo, ninguna mencionó ningún lugar específico, ya sea organizaciones de salud o revistas en línea. Todas mencionaron utilizar el buscador “Google LLC” y simplemente pasar de página a página conforme ellas juzgaban la credibilidad de la información. Solo una madre refirió acudir a libros para obtener información. Cabe mencionar que la urgencia de la necesidad de información definía el medio a utilizar. En los casos en que los niños presentaban padecimientos agudos acudían al pediatra y si éste no se encontraba disponible entonces acudían a internet, mientras éste respondía.

Otras fuentes de información mencionadas fueron pláticas que las madres recibían en los centros

de salud, pláticas impartidas por personal de salud en el parque de la colonia, hábitats a los que ella acudían como parte de programas gubernamentales y también confiaban en familiares cuya profesión fuera personal de salud, como pediatras y enfermeras.

6.10. Influencia del COVID-19

La higiene dentro del hogar cambió debido a la pandemia por COVID-19, sin embargo, no todos estos cambios fueron permanentes. La higiene personal dentro de los hogares cambió debido a la necesidad de seguir los protocolos implementados por la Secretaría de Salud. Algunos de los cambios realizados fueron la sana distancia, el uso de cubrebocas, el uso de sanitizantes y gel antibacterial. De inicio hubo cambios en los hábitos de aseo personal, como aumento de número de duchas al día, aumento en el lavado de ropa, desinfección de calzado e incluso cambios en la dieta. Estos últimos fueron modificados conforme cambió el semáforo epidemiológico local de Hermosillo, Sonora.

Las madres afirmaron que su “paranoia” disminuyó conforme la pandemia avanzó. Sin embargo, algunos de estos hábitos aún se conservaban al momento del estudio, como el uso de cubrebocas y gel antibacterial. Una madre refirió haber cambiado las toallas de baño de tela por toallas desechables, debido a que las toallas de tela acumulan más microorganismos y son de rápida contaminación, a diferencia de las desechables que son de uso único. Esta sugerencia fue realizada por la madre de la participante, que trabaja en el sector salud. La participante afirmó que esta práctica será conservada en el hogar *“se me hizo muy buena idea, ya no la voy a quitar”*⁵.

Un cambio referido frecuentemente por las madres fue el lavar los alimentos en cuanto son adquiridos, en lugar de lavarlos previo a su consumo. En todos los casos se afirmó que dicha práctica se va a conservar, incluso tras la resolución de la pandemia. También, hubo cambios en los hábitos alimenticios del hogar, una madre refirió aumentar su consumo de frutas y verduras debido al aporte de vitaminas que contienen, esto con el fin de mantener el sistema inmune en un nivel óptimo.

A pesar de que los cambios referidos por las madres fueron positivos, los cambios en sus hijos no lo fueron en todos los casos. Fue común entre los preescolares el aumento de conocimiento sobre higiene, así como su implementación. Sin embargo, este no fue el caso en los escolares. Una madre refirió que observó un cambio en su hijo escolar a raíz del aislamiento. Mencionó que sus hábitos de higiene disminuyeron y que ya no mostraba interés por asearse ya que no podía salir de casa *“no quiere bañarse no se quiere cambiar, tengo que andar atrás de él como si estuviera chiquito, como los niños”*⁹, refiere que su hijo dice *“para que me voy a bañar si aquí voy a estar”*.

6.11. Diferenciación

Algo a destacar, es que, durante la realización de las entrevistas se buscó encontrar diferencias entre los cuidados e higiene alimentaria empleadas en los hijos dependiendo de su edad. A esto, las madres afirman que todas las prácticas empleadas son idénticas en ambas edades y no hay diferencias entre sí. Sin embargo, al culminar las entrevistas se realizó un pequeño apartado de diferenciación entre ambos grupos etarios donde de nuevo, se buscó profundizar en la diferencia entre sus percepciones y las medidas de higiene alimentaria realizadas. En este apartado se observó más apertura por las madres en la comunicación y se logró profundizar más sobre las diferencias que realizan, a pesar de que al inicio aseguraron no tenerlas.

Las diferencias principalmente radican en la presencia y vigilancia de las madres con sus hijos al momento de éstos mismos realizar su higiene. Es decir, las madres ayudan o supervisan a los preescolares al momento de realizar su aseo personal y su higiene de alimentos, a diferencia de los escolares, que realizan estas actividades solos. Una de las madres refirió *“La mayor hace todo sola, a la pequeña le ayudo, la diferencia es que la mayor ya es independiente y a la pequeña todavía en esta parte de higiene le tengo que ayudar”*⁵. Las madres perciben a los escolares como independiente y autosuficientes, por lo que la atención se enfoca en los preescolares.

En la mayor parte de los casos se refirió a los escolares con mayor conocimiento y madurez para su aplicación, sin embargo, hubo algunas excepciones. En dichas excepciones se describieron a los

escolares como más “flojos” y sin interés por aplicarlas y a los menores con más entusiasmo. *“La menor es más minuciosa y el mayor es más de: si lo lavé bien, si no, no pasa nada”*¹⁰ o *“los menores le dicen al mayor: que sucio, no lo lavaste así te lo comiste”*⁸.

Al indagar sobre la frecuencia de enfermedades, la mayoría de las madres afirmaron que los escolares son más “enfermizos” que los preescolares, a pesar de esto, se perciben a los preescolares como grupo vulnerable. No hay asociación entre la diferencia de cuidados de cada grupo y la frecuencia de enfermedades. Al cuestionar sobre la posible causa de enfermedad frecuente en los escolares mencionan varias suposiciones como, que la dieta de los escolares suele ser más deficiente, cuestiones genéticas o razones desconocidas.

En uno de los hogares se encuentra un escolar y dos preescolares y la madre mencionó que el mayor es el que tiene peores hábitos de higiene que los menores. Algo a resaltar es que la razón que ella percibe de esto es que el mayor intenta llamar su atención, debido a que al nacimiento de sus hermanos resintió un cambio hacia él *“es que él era único pues, y nacieron los cuates y lo empezaron a aventar, y ahí noté que empezó con: para qué me lavo los dientes, para qué me baño”*⁸. Es de importancia destacar que aquí la diferencia en la atención que el escolar recibe es aceptada por la madre, incluso el busca dirigirla hacia él.

7. CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue registrar y analizar la percepción de los padres hacia los alimentos como fuente de infecciones intestinales y las prácticas de higiene alimentaria implementadas y si estas son diferenciadas por la edad. A nuestro conocimiento, este es el primer estudio en registrar estos aspectos importantes sobre las infecciones intestinales en Hermosillo, Sonora, México. A continuación, se presentan las siguientes conclusiones.

La percepción de los padres sobre las infecciones intestinales fue multidimensional y varió de persona a persona. Estas variaciones se vieron delimitadas por el entorno de cada participante. La población de estudio fue diversa, lo cual coadyuvó a la diversidad y amplitud de respuestas obtenidas.

Como primera conclusión, tenemos que el conocimiento de los padres sobre la etiología de las infecciones intestinales es acertado. Reconocen a los alimentos como posibles vehículos de microorganismos causantes de infecciones. Así mismo, conocen la importancia de la higiene alimentaria durante la preparación de alimentos, al igual que el lavado de manos. Afirman creer que dichas prácticas deben ser vigiladas e implementadas por igual en los preescolares y escolares, sin embargo, esto no se ve reflejado en la práctica.

En segunda, la atención es dirigida hacia los preescolares, atribuida al conocimiento limitado que refirieron tener los niños en esta edad. Por otro lado, en los escolares la vigilancia disminuye y el sentido de responsabilidad es adjudicada a ellos, incluso en ocasiones se transfiere a ellos la responsabilidad de la vigilancia y cuidado de sus hermanos menores.

A pesar del gran conocimiento que tienen las madres sobre la etiología de las infecciones intestinales, infecciones que se refirieron presentar con mayor frecuencia en los escolares, su determinación de factor causal se enfoca al tipo de alimentación que llevan. Lo atribuyen a los condimentos y picantes como chile y chamoy, por lo que la higiene alimentaria deja de ser reconocida como posible causa. Refieren que los escolares consumen estos alimentos con más

frecuencia que los preescolares, ya que, a mayor edad, comienzan a tomar decisiones propias sobre su dieta, a diferencia de los menores, que aceptan con mayor facilidad los alimentos proporcionados por ellas.

8. RECOMENDACIONES

Un desafío enfrentado durante la realización de este estudio fue la pandemia por COVID-19, misma que, debido a las restricciones sanitarias estipuladas por la Secretaría de Salud ocasionó una modificación y adaptación de la metodología empleada en circunstancias habituales.

Las entrevistas fueron realizadas de manera virtual por medio de videoconferencias y llamadas telefónicas, motivo que influye en la confianza y vínculo que se realiza con los participantes al momento de la interacción. La realización de entrevistas presenciales o cara a cara facilita el diálogo con los participantes, así como su inmersión total en la conversación y con el entrevistador.

También influyó el cambio en las clases a modalidad virtual dentro de las escuelas, por lo que el contacto con los directivos, personal de docencia y las mismas madres se vio sumamente retrasado, motivo por el cual, el alcance del estudio fue hasta donde el aislamiento lo permitió.

Nuestra recomendación sería realizar este tipo de estudios de manera presencial para evitar lo anteriormente mencionado. A pesar de esto, se logró establecer la confianza suficiente con las participantes para alcanzar los objetivos planteados. Además de, provocar en ellas una reflexión y autocuestionamiento que se vieron reflejadas por contactos posteriores a las entrevistas para proporcionar más información o bien compartir sus opiniones e introspecciones de los temas abordados anteriormente, mismos que afirman no haberse detenido a reflexionar previamente.

9. REFERENCIAS

- Agustina R., Sari T. P., Satroamidjojo S., Bovee-Oudenhoven I. M., Feskens E. J. y Kok F. J. 2013. Association of food-hygiene practices and diarrhea prevalence among Indonesian young children from low socioeconomic urban areas. *BMC Public Health*. 13(1): 1-12.
- Akinsanya B., Taiwo A., Adedamola M. y Okonofua C. 2021. An investigation on the epidemiology and risk factors associated with soil-transmitted helminth infections in Ijebu East local government area, Ogun state, Nigeria. *Scientific African*. 12(e00757).
- Assunta M., Souza L., Arruda C. R. P. y Pozzagnol M. 2016. Condiciones socioeconómicas e higiénico-sanitarias como dimensiones de la seguridad alimentaria y nutricional. *Rev Chil Nutr*. 43(1): 62-67.
- Brown P. J. y Inhorn M. C. 2013. *The anthropology of infectious disease: International health perspectives*. Routledge. 254pp.
- Castro E., Caldas L., Florez L. P., Motta L. Y. y Vargas Y. P. 2008. Prácticas, creencias y actitudes en torno a las parasitosis intestinales en el asentamiento “San Francisco” de Popayán. *Rev Fac Cienc Salud Univ*. 10(2): 39-47.
- Colás P. S. B. y Contreras J. A. 2013. La participación de las familias en los centros escolares de educación primaria. *Rev Inv Educ*. 31(2): 499-499.
- Cortés-Sánchez A. D., Díaz-Ramírez M. y Salgado-Cruz M. P. 2017. *Bacillus cereus*: Alimentos, salud y biotecnología. *Revista Agro Productividad*. 10(10): 3-9.
- Cortés E. B. V., Ramírez E., Olvera J. M. y Arriaga Y. D. J. 2009. El comportamiento de salud desde la salud: La salud como un proceso. *Altern Psicol*. 14(20): 78-88.
- Díaz G. L. 2001. El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Rev Cubana Med Integr*. 17(6): 572-579.
- Diputació Barcelona. (2018). Enquesta d'hàbits de salut a alumnes de 4t d'ESO de la demarcació de Barcelona. Diputació Barcelona. Recuperado de: https://www.diba.cat/documents/713456/119923109/EnquestaHabitsDeSalutAlumnes4tES_O_InformeResultats2018.pdf/c18b5322-3c4b-58fc-b7f8-619a53f4c311?t=1605020775689.
- Estigarribia G., Aguilar G., Ríos P., Ortíz A., Martínez P. y Ríos-González C. 2019. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre buenas prácticas de manufactura de manipuladores de alimentos en Caaguazú, Paraguay. *Rev Salud Pública Parag*. 9(2): 22-28.
- Evans E. W. y Redmond E. 2017. An assessment of food safety information provision for UK chemotherapy patients to reduce the risk of foodborne infection. *Public Health*. 153(1): 25-35.
- Farmer P. 2001. *Infections and inequalities*. University of California Press, p. 375.
- Gencat. (2019). *Salutweb: Resultats de l'enquesta de salut de Catalunya*. Gencat. Recuperado de: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/result

[ats_enquesta_salut_catalunya/](#).

- Gencat. (2020). Salutweb: Resultats de l'enquesta de salut de catalunya Gencat. Recuperado de: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/.
- Ghaffari M., Mehrabi Y., Rakhshanderou S., Safari-Moradabadi A. y Jafarian S. Z. 2020. Effectiveness of a health intervention based on who food safety manual in iran. BMC Public Health. 20(1): 1-9.
- Green J. y Thorogood N. 2009. Qualitative methods for health research. SAGE Publications. London. 38-56pp.
- Guerriero C., Cairns J., Bianchi F. y Cori L. 2018. Are children rational decision makers when they are asked to value their own health? A contingent valuation study conducted with children and their parents. Health Econ. 27(2): e55-e68.
- Harbarth S., Albrich W. y Brun-Buisson C. 2002. Outpatient antibiotic use and prevalence of antibiotic-resistant pneumococci in france and germany: A sociocultural perspective. Emerg Infect Dis. 8(12): 1460.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social. (2015). IMSS: Enfermedades gastrointestinales. México. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedades-gastrointestinales>.
- Lock M. y Nguyen V. K. 2010. An anthropology of biomedicine. Wiley-Blackwell. Primera edición. Malden. 506.
- Ma L., Chen H., Yan H., Wu L. y Zhang W. 2019. Food safety knowledge, attitudes, and behavior of street food vendors and consumers in handan, a third tier city in china. BMC Public Health. 19(1): 1-13.
- Masaku J., Mwendu F., Odhiambo G., Musuva R., Matey E., Kihara J. H., Thuita I. G. y Njomo D. W. 2017. Knowledge, practices and perceptions of geo-helminthes infection among parents of pre-school age children of coastal region, kenya. PLoS Negl Trop Dis. 11(3): e0005514.
- Mata L. 1982. Sociocultural factors in the control and prevention of parasitic diseases. Clinical Infectious Diseases. 4(4): 871-879.
- Mayo Clinic. (2022). Gastroenteritis vírica (gripe estomacal). Mayo Clinic. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/viral-gastroenteritis/symptoms-causes/syc-20378847>.
- Mazariego M. Á., Gaspar A., Del Rocío M., Ramírez F. J. A. y Trujillo M. G. V. 2020. Prevalencia de parasitosis intestinal en niños de guarderías rurales en chiapas. Enf Inf Microbiol. 40(2): 43-46.
- Monfort M. M. G., Dabbackh A. A., Martínez S. C., Veloz E. C. T. y Villanueva M. T. 2021. Parasitosis intestinales en edad infantil: ¿conocen las madres y padres a los responsables y sus repercusiones? CSSN. 11(2): 43-52.
- Mscbs. (2017). Encuesta nacional de salud. Ministerio de Sanidad. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_ADULTO_.pdf.
- Naluonde T., Wakefield C., Markle L., Martin A., Tresphor C., Abdullah R. y Larsen D. A. 2019.

A disruptive cue improves handwashing in school children in zambia. *Health Promot Int.* 34(6): e119-e128.

- Nath T. C., Padmawati R. S., Alam M. S., Das S. y Murhandarwati E. H. 2018. Elimination of soil-transmitted helminthiasis infection in bangladesh: Knowledge, attitudes, and practices regarding mass drug administration. *JoGHR* 2(1): e2018017.
- Nath T. C., Padmawati R. S. y Murhandarwati E. H. 2019. Barriers and gaps in utilization and coverage of mass drug administration program against soil-transmitted helminth infection in bangladesh: An implementation research. *J Infect Public Health.* 12(2): 205-212.
- Navarro-Chávez J. C., Ayvar-Campos F. J. y Giménez-García V. M. 2016. Generación de bienestar social en méxico: Un estudio dea a partir del idh. *EST.* 16(52): 591-621.
- Nichter M. 2008. *Global health: Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter.* University of Arizona Press. 5-14pp.
- Ortega E. 2017. Seguridad alimentaria y nutricional, higiene e inocuidad: Fundamentos microbiológicos. UVServa. <https://doi.org/10.25009/uvs.v25000i25003.22542>.
- Ortiz D. V., Figueroa Sarmiento L., Hernández Roca C. V., Elizabeth Veloz V. y Jimbo Jimbo M. E. 2018. Conocimientos y hábitos higiénicos sobre parasitosis intestinal en niños. Comunidad “pepita de oro”. Ecuador. 2015-2016. *Rev Med Electron.* 40(2): 249-257.
- Pérez P. M. y Moreno M. C. B. 2020. Hygiene and eating healthy habits and practices in spanish families with children aged 6 to 14. *Int J Environ Res Public Health.* 17(22): 8671.
- Ramírez R. M. T. y Apolinario S. E. M. 2018. Conocimientos, actitudes y prácticas en higiene y manipulación de alimentos de los trabajadores en los restaurantes de miraflores y lurigancho-chosica, 2017. *Rev Cient Cienc Salud.* 11(1): <https://doi.org/10.17162/rccs.v17111i17161.11059>.
- Reyes-Solórzano S. J. 2017. Circunspecciones acerca de las enfermedades producidas por alimentos. *Dom Cien.* 3(1): 299-310.
- Sacchi M., Hausberger M. y Pereyra A. 2007. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de salta. *Salud Colect.* 3(3): 271-283.
- Scheper-Hughes N. y Lock M. M. 1987. The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. 6-41.
- Secretaría De Salud. (2019). Boletín epidemiológico. Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/614743/sem53.pdf>.
- Secretaría De Salud. (2020). Boletín epidemiológico. Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/614743/sem53.pdf>.
- Secretaría De Salud. (2021a). Boletín epidemiológico. Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/608594/sem02.pdf>.
- Secretaría De Salud. (2021b). Información relevante: Enfermedades diarreicas agudas. Gobierno de México. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628089/EDA_SE12_2021.pdf.
- Shaheen A. M., Hamdan K. M., Nassar O. S., Khaleel Othman A., Zumot A. y Marmash L. 2020.

Perceptions of health and illness: A qualitative study of jordanian mothers. *J Pediatr Nurs*. 53(1): e101-e107.

- Sistema Único De Información Para La Vigilancia Epidemiológica, Dirección General De Epidemiología y Secretaría De Salud. (2019a). Veinte principales causas de enfermedad en el grupo de 5 a 9 años. Gobierno de México. Recuperado de: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/grupo/cinco_9.pdf.
- Sistema Único De Información Para La Vigilancia Epidemiológica, Dirección General De Epidemiología y Secretaría De Salud. (2019b). Veinte principales causas de enfermedad en el grupo de 10 a 14 años. Gobierno de México. Recuperado de: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/grupo/diez_14.pdf.
- Soto-Lesmes V. I., Gómez-Ramírez O. J., Parrado Y. M., Hernández-Rodríguez P. y Gomez A. P. 2017. Caracterización de hábitos de higiene y ambientes en lugares de atención integral a población infantil. *Rev Esc Enferm USP*. <https://doi.org/10.1590/S1980-1220X2016042103264>.
- Takanashi K., Chonan Y., Quyen D. T., Khan N. C., Poudel K. C. y Jimba M. 2009. Survey of food-hygiene practices at home and childhood diarrhoea in hanoi, vietnam. *Health Popul Nutr*. 27(5): 602.
- Teffo L. A. y Tabit F. T. 2020. An assessment of the food safety knowledge and attitudes of food handlers in hospitals. *BMC Public Health*. 20(1): 1-12.
- Torres J., Voisier A., Berríos I., Pitto N. y Durán Agüero S. 2018. Conocimiento y aplicación en prácticas higiénicas en la elaboración de alimentos y auto-reporte de intoxicaciones alimentarias en hogares chilenos. *Rev Cient Cienc Salud*. 35(5): 483-489.
- World Health Organization. (2020). Food safety. WHO. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/food-safety>.
- World Health Organization. (2021a). ¿cómo define la oms la salud? WHO. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>.
- World Health Organization. (2021b). Enfermedades de transmisión alimentaria. WHO. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/foodborne-diseases#tab=tab_1.
- Zúñiga I. R. y Caro J. 2017. Enfermedades transmitidas por los alimentos: Una mirada puntual para el personal de salud. *Enf Inf Microbiol*. 37(3): 95-104.
- Zuta N. A., Rojas A. O. S., Mori M. a. P. y Cajas V. B. 2019. Impacto de la educación sanitaria escolar, hacinamiento y parasitosis intestinal en niños preescolares. *Comuni@cción*. 10(1): 47-56.
- Zyoud S. E., Shalabi J., Imran K., Ayaseh L., Radwany N., Salameh R., Sa'dalden Z., Sharif L., Sweileh W. y Awang R. 2019. Knowledge, attitude and practices among parents regarding food poisoning: A cross-sectional study from palestine. *BMC Public Health*. 19(1): 586.

10. ANEXOS

10.1. Pseudónimos de las Participantes

Con el fin de proteger y mantener la identidad de nuestras participantes en anonimato, se crearon los siguientes pseudónimos. A continuación, se presenta una breve descripción de cada una. El número asignado a cada participante en la siguiente lista, es el mismo que se muestra en las citas presentes en el texto. Es decir, al observar el número “1” en una cita, nos referimos a Ciara y así respectivamente con el resto de las participantes.

1. Ciara: 42 años, casada, profesionista con maestría, madre de 2 niños de 5 y 9 años.
2. Camila: 40 años, casada, profesionista con doctorado, madre de 2 niñas de 4 y 8 años.
3. Myka: 37 años, casada, profesionista con maestría, madre de 2 niños de 4 y 8 años.
4. Lia: 39 años, casada, profesionista con licenciatura, madre de 2 niños de 4 y 7 años.
5. Francia: 41 años, casada, profesionista con licenciatura, madre de 2 niñas de 4 y 10 años.
6. María: 37 años, casada, profesionista con licenciatura, madre de 2 niños de 6 y 9 años.
7. Iris: 31 años, casada, profesionista con licenciatura, madre de 2 niños de 5 y 11 años.
8. Cora: 35 años, casada, ama de casa con secundaria, madre de 3 niños de 6 (cuates) y 11 años.
9. Ainhoa: 32 años, unión libre, ama de casa con preparatoria, madre de 3 niños de 5, 9 y 12 años.
10. Elena: 26 años, casada, empleada con preparatoria, madre de 2 niños de 4 y 6 años.

10.2. Formato de Consentimiento Informado

1. Título del proyecto: Percepción de los padres sobre los alimentos como medio de entrada de infecciones intestinales en sus hijos según la edad.

Equipo de investigadores: M.C. Gloria Guadalupe Morales Figueroa, Dr. Josep M. Comelles, L.N. Andrea Dueñas Tellechea. Para cualquier duda o pregunta que usted tenga, puede

comunicarse con el responsable técnico de este proyecto: M.C. Gloria Gpe. Morales Figueroa, al teléfono 6621900629.

2. Introducción/propósito: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social donde la higiene alimentaria juega un rol importante para su equilibrio. Las enfermedades de transmisión alimentaria son prevalentes a nivel mundial y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en países no desarrollados o en vías de desarrollo. Estas enfermedades son importantes en diferentes grupos de personas, entre ellos están los preescolares y escolares. Al parecer el riesgo a enfermarse por motivos relacionados al consumo de alimentos contaminados o con bajas medidas de higiene es percibida diferente dependiendo de la edad de los hijos. La percepción de los padres hacia las prácticas de riesgo sanitario juega un papel crucial para la aplicación y seguimiento. Por lo cual, es importante no solo evaluar el conocimiento de los padres, sino también, su percepción hacia dichas prácticas y cómo las relacionan con la edad de sus hijos. Además de conocer las medidas de higiene alimentarias tomadas desde la edad preescolar hasta la edad escolar.

3. Objetivo general: Analizar la percepción de los padres hacia los alimentos como un medio de entrada de infecciones intestinales y las medidas de higiene implementadas en sus hijos en edad preescolar y escolar.

4. Objetivos particulares:

1. Registrar la percepción de los padres hacia los alimentos como medio de entrada de infecciones intestinales en sus hijos de edad preescolar y escolar.
2. Explorar las medidas de higiene en la manipulación de alimentos implementadas por los padres en sus hijos de edad preescolar y escolar.
3. Diferenciar las percepciones y medidas de higiene de alimentos implementadas por los padres en sus hijos de edad preescolar y escolar.

5. Entrevistas que se llevarán a cabo

Se llevarán a cabo dos entrevistas semi-estructuradas a aproximadamente 10 padres/madres de familia, aplicadas por única ocasión, éstas se llevarán a cabo de acuerdo a su disposición de tiempo, cada una tiene una duración aproximada de 30 a 40 minutos:

En la primera se abordarán temas relevantes para la obtención de cómo es que los padres perciben a los alimentos como fuente y/o causa de infecciones en sus hijos y cuál es el rol que estos les otorgan.

En la segunda se hablará acerca de las prácticas de higiene que se aplican a los alimentos previo a consumo.

El diseño de este estudio será de tipo transversal analítico observacional, en el cual se hará un análisis cualitativo de las percepciones y prácticas de higiene alimentaria de los padres en sus hijos según su edad.

Con el fin de minimizar la exposición de los voluntarios y personal de CIAD al COVID-19, las entrevistas se realizarán por medio de videoconferencia, videollamada por Whatsapp o en caso de no contar con cámara se realizarán por medio de llamadas telefónicas o llamada de Whatsapp. Si las condiciones de la pandemia lo permiten, eventualmente alguna entrevista podrá realizarse de manera presencial con las medidas recomendadas por la Secretaría de Salud.

Dichas entrevistas serán grabadas solo si contamos con su autorización. Esto es, con el fin de obtener la información completa para realizar el análisis cualitativo.

Nombre de la persona que otorga el consentimiento

6. Declaración:

Entiendo que mi participación en este estudio conlleva lo siguiente:

Riesgos/incomodidades que puedo experimentar:

Incomodidad al compartir información acerca de las prácticas de higiene que son llevadas a cabo previas al consumo de alimentos.

Incomodidad de participar en sesiones que serán grabadas. Mismas que puedo suspender en cualquier momento.

Beneficios previsibles para el participante:

Obtener la experiencia de participar en un estudio de investigación científica.

Concientizarme del conocimiento que tengo acerca de las enfermedades de transmisión alimentaria y sus causas.

Al finalizar podré participar en una plática que ofrecerán en donde se compartirán los principales hallazgos del estudio y de esa forma puedo obtener retroalimentación de cómo mejorar de las medidas de higiene empleadas actualmente, así mismo, me pueden compartir información acerca de alimentos y snacks saludables y seguros que mis hijos pueden consumir, dependiendo de su edad.

7. Beneficios previsibles para la sociedad:

Se propone una mejor comprensión acerca de cómo es que los padres perciben el riesgo de contraer una infección de origen alimentaria hacia sus hijos dependiendo de su edad, además de responder a por qué probablemente concentran las medidas de higiene y cuidado alimentario en los hijos preescolares y por qué estas disminuyen en los escolares. La respuesta a estas cuestiones aumentará la comprensión sobre la falta de aplicación de dichas prácticas y así mejorar los métodos de prevención de enfermedades de origen alimentario en la sociedad, particularmente en el grupo de escolares.

8. Confidencialidad de la información:

La información obtenida de las entrevistas, así como los datos personales de los participantes son completamente confidenciales, para propósitos de publicación, la información será tratada de manera general y en caso de particularidades no habrá manera de identificar a los participantes porque será empleado un sistema de códigos para cada voluntario. A esta sólo tendrán acceso las siguientes personas: MC. Gloria Guadalupe Morales Figueroa, Dr. Josep María Comelles Esteban, estudiante de maestría Andrea Dueñas Tellechea

9. Problemas o preguntas:

Se le dará respuesta a todas las dudas o incomodidades que los participantes puedan tener, si el participante lo desea, se le entregará información digital acerca del tema en cuestión, con el fin de enriquecer su conocimiento. **Así como una copia de esta forma de consentimiento.**

10. Consentimiento/participación voluntaria:

Tengo absoluta libertad de abandonar el estudio, en cualquier momento sin cuestionamientos u

obligaciones.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este formato de consentimiento declaro que se me han explicado claramente los objetivos y entrevistas de esta investigación, así como los beneficios/riesgo que conlleva mi participación.

Entiendo que los procedimientos a utilizar, no representan riesgos adicionales que puedan afectar mi salud.

Asimismo, acepto voluntariamente y me doy por enterado (a) de los procedimientos y análisis que se aplicarán en este estudio:

1. Entrevistas virtuales, sobre los temas mencionados anteriormente, con una pequeña probabilidad de que sea presencial con todas las medidas recomendadas por la Secretaría de Salud.
2. Grabación de las sesiones

Reconozco que tengo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento, si así lo deseo.

Fecha de aceptación: _____ / _____ / _____ / _____
Día Mes Año Hora

Nombre del voluntario/responsable: _____

Firma de autorización: _____

Testigo

Testigo

Presidente del Comité de Ética en
Investigación de CIAD: Dr. Luis Quihui Cota
Teléfono: 6621900628

10.3. Guiones de Entrevista

Entrevistas sobre escolares

Percepciones

1. Nombre de la persona
2. Edad
3. Escolaridad
4. Estado civil
5. No. De hijos y sus edades
6. Colonia o rumbo de colonia
7. ¿Qué es o cómo define el bienestar general?
8. ¿Qué es la salud para usted y su familia? Si nomás habla de ella preguntar por hijos
9. ¿Qué es la enfermedad para usted y su familia?
10. Mencione las principales enfermedades y (de que se han enfermado desde nacimiento hasta ahora) si menciona las infecciones intestinales preguntar hasta que edad supervisó las heces de los niños, si lo niños lo dicen, cuando dejaron de decir y por qué cree que sí o no lo hacen.
11. ¿Cómo es la salud de sus hijos en general? Si son saludables o no, ¿por qué?
12. ¿Sus hijos han padecido alguna infección intestinal o se ha enfermado del estómago?
 - ¿Cuál de esas dos? Como llegan a esta conclusión, ¿cómo lo trataron? quién realizó el diagnóstico si fue algún miembro de la familia (quién de la familia) o médico.
13. ¿Qué tipos de enfermedades intestinales conoce?
 - ¿Cuáles han padecido sus hijos?
 - ¿Cómo las identifica, con base a qué diagnostican?
 - ¿A qué le atribuye estas enfermedades?
 - ¿Cómo las clasifica?
 - ¿Cómo se manifiestan?
 - ¿Acude al médico?
14. ¿Cómo identifica las infecciones? Que observa y que hace para identificarlo, si observa las heces de los niños

- Lo trata en casa
 - Cómo lo trata ¿Por qué?, ¿Los ha utilizado antes?, ¿Le han funcionado?
 - ¿Qué síntomas presentan?
 - ¿Cuándo acude al médico?
15. ¿Relaciona la aparición de infecciones con algo específico?, algún alimento, alguna edad, algún momento o algo que las haga aparecer, ¿cómo se transmiten?
 16. ¿Cuáles comportamientos considera de riesgo para enfermar en los escolares?
 17. ¿A qué edad considera que los niños son más propensos a contraer infecciones?, ¿por qué?
 18. ¿Cómo es la alimentación de su hijo escolar? ¿Usted supervisa todo lo que come su hijo?, ¿Usted sabe que come fuera de su casa? en caso afirmativo; mencionar qué lo que come.
 19. ¿Cree que la alimentación/agua/moscas/polvo está relacionada con las infecciones intestinales?, si, no, en qué grado ¿por qué?
 20. Autonomía personal: ¿Qué tienen permitido realizar por sí solos en cuanto a su alimentación? Necesitan ayuda, comen solos, ellos preparan algunos alimentos, quien los vigila o les ayuda, tienen algunas reglas a seguir o prácticas (lavado de manos), tipo de agua que beben, tipo de agua con la que preparan los alimentos.
 21. ¿Qué es la higiene y que comprende? Como la entienden, lavado de manos, ropa (higiene personal), que marca de jabón
 22. ¿Qué es la higiene de alimentos?, ¿Cuándo y cómo debe llevarse a cabo?

Prácticas de higiene en el hogar

1. ¿De dónde obtiene los alimentos, en qué condiciones o que características deben tener?, ¿Cómo y donde los almacena?, ¿Tiene algún orden específico o lugar?
2. ¿Quién prepara los alimentos de sus hijos? Comen lo mismo todos los miembros de la familia, se prepara al mismo tiempo o son comidas separadas por grupo de edad
3. ¿Cómo es el proceso de preparación de alimentos para los grandes? De inicio a fin que realiza primero (antes de la preparación, que cosas evita hacer o cuida, indagar lavado de alimentos con agua de la llave, garrafón, con jabón que marca usa o cual le gusta más para lavado de manos, de trastes, donde va al super, baños siempre hay jabón o no
4. ¿Cómo guarda la comida que sobro?, ¿Cuándo, dónde, cómo, junta o separada?

5. ¿Qué prácticas para prevenir infecciones intestinales conoce?
6. ¿Cuáles de estas prácticas aplican para los grandes?
7. ¿Cómo identifica que sus hijos grandes están enfermos?, ¿Qué es lo que les pasa o cómo identifica?, ¿Cuáles son los signos de alarma?
8. ¿Cómo previene las infecciones en los grandes?, ¿Qué realiza o vigila?
9. Alimentación: grupo y tipo de alimento, raciones, condiciones, preparación (quién, cómo, dónde, cuándo), lugar donde se alimentan, con quién, actividades previas, qué alimentos no consumen y por qué.
10. ¿Dónde ha visto o escuchado estas prácticas?
11. ¿De dónde obtiene información de las infecciones intestinales?
12. Cuando ve signos de alarma en sus hijos grandes, qué hace para resolver los síntomas o lo que le está pasando
13. ¿Ha realizado cambios en su higiene tras la pandemia por COVID-19?
14. ¿Qué tipo de cambios ha realizado?, ¿Por qué?
15. ¿Piensa seguir tomando estas medidas?
16. ¿Ha cambiado estas nuevas medidas, las sigue llevando?
17. ¿Cambió la higiene de alimentos tras la pandemia?, ¿Qué cambios realizó?, ¿Los sigue llevando a cabo?, ¿Los piensa seguir implementando cuando acabe la pandemia?, ¿por qué?

Entrevistas sobre preescolares

Percepciones

1. ¿Qué es o cómo define el bienestar general?
2. ¿Qué es la salud para usted y su familia? Si nomás habla de ella preguntar por hijos
3. ¿Qué es la enfermedad para usted y su familia?
4. Mencione las principales enfermedades y (de que se han enfermado desde nacimiento hasta ahora) si menciona las infecciones intestinales preguntar hasta que edad supervisó las heces de los niños, si lo niños lo dicen, cuando dejaron de decir y por qué cree que sí o no lo hacen.
5. ¿Cómo es la salud de sus hijos en general? Si son saludables o no, por qué
6. ¿Sus hijos han padecido alguna infección intestinal o se ha enfermado del estómago?
 - ¿Cuál de esas dos? Como llegan a esta conclusión, cómo lo trataron dependiendo del

diagnóstico familiar o médico.

7. ¿Qué tipos de enfermedades intestinales conoce?
 - ¿Cuáles han padecido sus hijos?
 - ¿Cómo las identifica, con base a qué diagnostican?
 - ¿A qué le atribuye estas enfermedades?
 - ¿Cómo las clasifica?
 - ¿Cómo se manifiestan?
8. ¿Cómo identifica las infecciones en los chicos? Que observa, y que hace para identificarlo, si observa las heces de los niños
 - Lo trata en casa
 - Cómo lo trata ¿Por qué?, ¿los ha utilizado antes?, ¿le han funcionado?
 - ¿Qué síntomas identifica?
 - ¿Cuándo acude al médico?
9. ¿Relaciona la aparición de infecciones con algo específico?, algún alimento, alguna edad, algún momento o algo que las haga aparecer, ¿cómo se transmiten
10. ¿Cuáles comportamientos considera de riesgo para enfermar en los chicos?
11. ¿A qué edad considera que los niños son más propensos a contraer infecciones?, ¿por qué?
12. ¿Cómo es la alimentación de sus hijos pequeños? ¿Usted supervisa todo lo que come su hijo?, ¿Usted sabe que come fuera de su casa? en caso afirmativo; mencionar qué lo que come
13. ¿Cree que la alimentación/agua/moscas/polvo está relacionada con las infecciones intestinales?, si, no, en qué grado ¿por qué?
14. Autonomía personal: ¿Qué tienen permitido realizar por sí solos en cuanto a su alimentación? Necesitan ayuda, comen solos, ellos preparan algunos alimentos, quien los vigila o les ayuda, tienen algunas reglas a seguir o prácticas (lavado de manos), tipo de agua que beben, tipo de agua con la que preparan los alimentos.
15. ¿Qué es la higiene y que comprende? Como la entienden, lavado de manos, ropa (higiene personal), que marca de jabón
16. ¿Qué es la higiene de alimentos?, ¿Cuándo y cómo debe llevarse a cabo?

Prácticas de higiene en el hogar

1. ¿De dónde obtiene los alimentos, en qué condiciones o que características deben tener?,

- ¿Cómo y donde los almacena?, ¿Tiene algún orden específico o lugar?
2. ¿Quién prepara los alimentos de sus hijos? Comen lo mismo, se prepara al mismo tiempo o son comidas separadas por grupo de edad
 3. ¿Cómo es el proceso de preparación de alimentos para los pequeños? De inicio a fin que realiza primero (antes de la preparación, que cosas evita hacer o cuida, indagar lavado de alimentos con agua de la llave, garrafón, con jabón que marca usa o cual le gusta más para lavado de manos, de trastes, donde va al super, baños siempre hay jabón o no
 4. ¿Cómo guarda la comida que sobro?, ¿Cuándo, dónde, cómo, junta o separada?
 5. ¿Qué prácticas para prevenir infecciones intestinales conoce?
 6. ¿Cuáles de estas prácticas aplican para los chicos?
 7. ¿Cómo identifica que sus hijos chicos están enfermos?, ¿Qué es lo que les pasa o como identifica?, ¿Cuáles son los signos de alarma?
 8. ¿Cómo previene las infecciones en los chicos?, ¿Qué realiza o vigila?
 9. Alimentación: grupo y tipo de alimento, raciones, condiciones, preparación (quién, cómo, dónde, cuándo), lugar donde se alimentan, con quien, actividades previas, que alimentos no consumen y por qué.
 10. ¿Dónde ha visto o escuchado estas prácticas?
 11. ¿De dónde obtiene información de las infecciones?
 12. Cuando ve signos de alarma en sus hijos chicos, que hace para obtener información de los síntomas o lo que le está pasando
 13. ¿Ha realizado cambios en su higiene tras la pandemia por COVID-19?
 14. ¿Qué tipo de cambios ha realizado?, ¿Por qué?
 15. ¿Piensa seguir tomando estas medidas?
 16. ¿Ha cambiado estas nuevas medidas, las sigue llevando?
 17. ¿Cambió la higiene de alimentos tras la pandemia?, ¿Qué cambios realizó?, ¿Los sigue llevando a cabo?, ¿Los piensa seguir implementando cuando acabe la pandemia?, ¿por qué?

Diferenciación

1. ¿Hay diferencias en las medidas de higiene personal que toman sus hijos?, ¿Cuáles?, ¿Por qué?
2. ¿Hay diferencias en las medidas de higiene de alimentos que toman sus hijos?, ¿Cuáles?, ¿Por qué?

3. Al momento de tratar las infecciones, ¿Sigue el mismo protocolo para ambos hijos?, ¿Qué diferencias hay en cuanto a diagnóstico, síntomas, tratamiento y búsqueda de atención médica?
4. ¿Quién de los dos consideras que es más susceptible o propenso a enfermarse del estómago? ¿por qué?
5. ¿y quien consideras que previene mejor o que lleva mejor las prácticas de higiene?
6. ¿a quién consideras que tienes que vigilar más en las prácticas de higiene personal y alimentarias? ¿por qué?
7. ¿los percibes distintos, como que uno pudiera ser más enfermizo que el otro? ¿por qué?
8. En cuanto a las prácticas o medidas tomadas para prevenir infecciones, ¿Cuáles aplica al (los) grande(s)?, ¿Por qué éstas?
9. En cuanto a las prácticas o medidas tomadas para prevenir infecciones, ¿Cuáles aplica al (los) pequeño(s)?, ¿Por qué éstas?