UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Factores protectores y de riesgo relacionados con las infecciones dermatológicas en los niños de 1 a 3 años de la zona 7 del Ecuador

Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Dra. Rita Del Cisne Torres Rodríguez

Director: Dr. Jaime Antonio Govea Coello, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

Dr. Jaime Antonio Govea Coello, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes el desarrollo de la tesis intitulada **"Factores protectores y de riesgo relacionados con las infecciones dermatológicas en los niños de 1 a 3 años de la zona 7 del Ecuador",** de la autoría de la Dra. Rita Del Cisne Torres Rodríguez, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos por la Institución para los procesos de graduación de postgrado, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 23 de Diciembre de 2017

Dr. Jaime Antonio Govea Coello, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Rita del Cisne Torres Rodríguez, declaro ser el autor del presente trabajo de Tesis, eximiendo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales, por los contenidos presentes en ella.

De la misma manera acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicacion del presente trabajo en la biblioteca virtual de la institución.

Firma:_____

Autora: Dra. Rita del Cisne Torres Rodríguez

Cedula: 1103706063

Correo electrónico: cisnetorres1@hotmail.com

Fecha: 10 de febrero de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Rita del Cisne Torres Rodríguez, declaro ser la autora de la tesis titulada "**Factores protectores y de riesgo relacionados con las infecciones dermatológicas en los niños de 1 a 3 años de la zona 7 del Ecuador**", como requisito para optar por el grado de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y en el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 10 días del mes de febrero del dos mil diecisiete.

Firma: _____

Autora: Dra. Rita del Cisne Torres Rodríguez

Cédula: 1103706063

Dirección: Loja Arismendi y Cúcuta

Correo electrónico: cisnetorres1@hotmail.com

Teléfono: 2617015 – 0997792711

Datos Complementarios:

Director de Tesis: Dr. Jaime Antonio Govea Coello, Mg. Sc.

Tribunal de grado: Dr. Edgar Augusto Guamán Guerrero, Esp.

Tribunal de grado: Dra. Natasha Ivannova Samaniego Luna, Esp.

Tribunal de grado: Dr. Luis Vicente Minga Ortega, Esp.

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo se lo dedico con mucho cariño a mi madre por su amor y apoyo incondicional para seguir adelante.

A los tesoros más grandes de mi vida mis hermosas hijas Adamaris, Odalis, Sarahi y mi amado esposo Wilson, que son el motor de mi existencia y a quienes les he privado de mí tiempo y cariño para alcanzar ésta meta.

A mis queridos hermanos Yadira, Juan Pablo, Mayra y Vanessa por compartir buenos, malos momentos y darme fuerza para continuar y lograr mis objetivos.

A mis amig@s y compañeros que de una u otra forma han contribuido en la feliz culminación de esta tesis.

Rita Del Cisne Torres

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento primeramente a Dios por todas las bendiciones recibidas a lo largo de mi vida quien me da fortaleza para continuar este camino.

Mi eterna gratitud:

Al Área de la Salud de la Universidad Nacional de Loja, mediante el Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria.

A los docentes de rotaciones hospitalaria, de emergencia y comunitarios por impartir de forma desinteresada sus conocimiento, los mismos que me han fortalecido para crecer como persona y profesionalmente.

A mis amigos, compañeros y autoridades de la Especialidad, por compartir múltiples aprendizajes y haber contribuido en mí formación y en el trabajo investigativo, a quienes agradezco su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los buenos y difíciles momentos de la vida.

ÍNDICE

CARÁTULA i
CERTIFICACIÓN ii
AUTORÍA iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN iv
DEDICATORIA v
AGRADECIMIENTO vi
ÍNDICE vii
1. Título 1
2. Resumen 2
Abstract 3
3. Introducción 4
4. Revisión de literatura 5
4.1. Familia y niñez 5
4.1.1. Definición 5
4.1.2. Tipología Familiar 5
4.1.2.1 Familia según su tamaño 5
4.1.2.2 Familia según su ontogénesis 5
4.1.3 La familia desde el enfoque sistémico 6
4.1.3.1 Sistema Familiar 6
4.1.3.2 Subsistemas familiares 7
4.1.4 Familia Funcional 7
4.1.5 Familia disfuncional 8
4.2. Generalidades de la piel 8
4.2.1. Incidencia 8
4.2.2. Prevalencia 9
4.3. Piodermitis 9
4.3.1. Concepto 9
4.3.2 Manifestaciones clínicas 9
4.3.3 Diagnostico 10
4.3.4 Tratamiento 10
4.4. Micosis superficial 10
4.6. Contextualización de la zona 7 13
4.6.1 Localización 13
4.6.2. División política 14

4.6.4. Contextualización MIES-CIBV 14
5. Materiales y Métodos 16
5.1. Tipo de investigación 16
5.2. Diseño de la Investigación 16
5.9. Proceso de recopilación de la información 16
5.14. Aspectos éticos 17
6. Resultados 18
6.1. Caracterización de los preescolares del estudio 18
6.2. Estructura familiar de los niños de la Zona 7 de Ecuador. 2016 19
En lo que corresponde a la familia, de igual forma se caracterizó 19
6.3. Infecciones dermatológicas, según los cantones (cuartiles) 20
7. Discusión 32
8. Conclusiones 34
9. Recomendaciones 35
10. Bibliografía 35
11. Anexos 39

1. Título

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO RELACIONADOS CON LAS INFECCIONES DERMATOLÓGICAS EN LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS DE LA ZONA 7 DEL ECUADOR

2. Resumen

Las enfermedades de la piel constituyen una de las afecciones que con mayor frecuencia se presentan en atención primaria. A nivel mundial la prevalencia de escabiosis es del 60%, micosis superficial 20% y piodermitis 12%. En Ecuador ocupan el sexto lugar con 389.163 (3,62%) de atenciones de salud. Se realizó un estudio de las infecciones dermatológicas más frecuentes (piodermitis, escabiosis y micosis superficial en niños de 1 a 3 años, la investigación fue de tipo prospectivo, descriptivo, analítico y de cohorte transversal, desarrollado por conglomerados en los centros infantiles del buen vivir; de la zona 7, las unidades de análisis fueron los padres de familia, representantes y niños, con un universo de 5032 y una muestra aleatorizada de 423 calculada con el Epi info 7, con un intervalo de confianza del 95%. El objetivo del estudio fue relacionar factores protectores y de riesgo que intervienen en la aparición de infecciones dermatológicas; se evaluó a través de un instrumento que consta de 172 preguntas, se analizó en el Microsoft SPSS versión 16. Se determinaron estadísticos descriptivos e inferenciales de las características sociodemográficas, familiares y clínicas, cuyos resultados fueron 57 niños (13,5%) con infecciones dermatológicas; así mismo, se estableció que la frecuencia adecuada del baño, lactancia materna exclusiva, higiene familiar y lavado de manos, son factores de protección de los niños; y, que los factores de riesgo son el bajo nivel socioeconómico, procedencia geográfica y el tamaño de familia. Es importante resaltar, que en la actualidad los hábitos de higiene corporal inadecuados acarrean problemas a la salud individual y comunitaria; pese a ello, son escasos los estudios relacionados a estos hábitos por la carencia de recursos y escasa disponibilidad de instrumentos apropiados.

Palabras clave: atención primaria, riesgo, protección, familia.

Abstract

Skin diseases constitute one of the most frequently affections presented in primary care. Worldwide the prevalence of scabies is 60%, superficial mycosis 20% and pyoderma 12%. In Ecuador they are the sixth place with 389,163 (3.62%) of equivalent health care. A study of the most frequent dermatological infections (pyoderma, scabiosis and superficial mycosis) in children aged 1 to 3 years was carried out. The research was a prospective, descriptive, analytical and transverse cut type, carried out by groups in Living Well Children Centers; the units of analysis were parents, representatives and children, with a universe of 5032 and a randomized sample of 423 calculated with Epi info 7, with a trust interval of 95%. The objective of the study was to relate protective and risk factors involved in the apparition of dermatological infections; the evaluation was through an instrument consisting of 172 questions, analyzed in the Microsoft SPSS version 16. Descriptive and inferential statistics of the socio-demographic, family and clinical characteristics were determined, whose results were 57 children (13.5%) with dermatological infections; likewise, it was established that adequate bath frequency, exclusive breastfeeding, family hygiene and hand washing are factors that protect children; and that the risk factors are low socioeconomic status, geographical precedence and family size. It is important to emphasize that at present, inadequate body hygiene habits lead to problems for individual and community health; Despite this, there are few studies related to these habits due to lack of resources and limited availability of appropriate instruments.

Keywords: primary care, risk, protection, family.

3. Introducción

A nivel mundial las enfermedades de la piel constituyen el 49% de las afecciones que con mayor frecuencia se presentan en la atención primaria. La prevalencia de escabiosis es del 60%, micosis superficial 20% y piodermitis 12%. En pacientes ambulatorios pediátricos, se estima que el 15-30% de las consultas se deben a una enfermedad de la piel y el nivel de atención primaria podría resolver el 90% de esta demanda (Revista Panamericana de la Salud 2013).

En Ecuador datos estadísticos del Ministerio de salud pública (MSP) 2013, las infecciones dermatológicas ocupan el 6to lugar con 3,62%. A nivel de la zona 7 que comprende las provincias de Loja, el Oro y Zamora Chinchipe, abarcan la séptima causa de morbilidad teniendo con el 4,36%, relación hombre - mujer 1/1 (MSP Información estadística 2013).

La investigación es de tipo prospectivo, descriptivo, analítico y de cohorte transversal, desarrollado por conglomerados de los centros infantiles del buen vivir; de la zona 7, el universo de estudio 5032 niños de 1 a 3 años y una muestra aleatorizada de 423 niños calculada con el Epi info 7, se evaluó a través de un instrumento que consta de 172 preguntas, además se realizó examén físico para detectar una o más de las tres patologías estudiadas piodermitis, micosis superficial y escabiosis, se analizó en el Microsoft SPSS versión 19. Se determinaron estadísticos descriptivos e inferenciales de las características sociodemográficas, familiares y clínicas, cuyos resultados fueron 57 niños (13,5%) con infecciones dermatológicas.

Los principales resultados encontrados en la presente investigación tenemos como: factores protectores provincia de residencia Loja y El Oro, pertenecer a familias mediana o pequeña, vivir en zona urbana, lactancia materna exclusiva, frecuencia adecuada de la higiene corporal; así mismo los factores de riesgo tenemos, vivir en la provincia de Zamora Chinchipe, en zona rural, pertenecer a familia grande e higiene inadecuada del baño.

Planteando las siguientes conclusiones:

La presente investigación se plantea como hipótesis: las infecciones dermatológicas en niños de 1 - 3 años de los CIBV de las provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe, están relacionados a factores protectores y factores de riesgo; así mismo, propuso como objetivo general: categorizar los factores protectores y factores de riesgo, relacionados con las infecciones dermatológicas en niños de 1 a 3 años de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la zona 7 del Ecuador; y, como objetivos específicos: (1) describir las características demográficas, socioeconómicas, familiares y las infecciones dermatológicas de los niños/as; e, (2) identificar los factores protectores y de riesgo que influyen en las infecciones dermatológicas.

4. Revisión de literatura

4.1. Familia y niñez

4.1.1. Definición

"La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior" (Espinal, Gimeno, 2006).

El concepto de familia va más allá de la definición tradicional y fenomenológica donde es considerada como una agrupación de individuos con lazos consanguíneos, conyugales o de adopción, con vínculos entre sí e intereses en común. Smilkstein define a la familia como: "La unidad social básica en la cual dos o más adultos con o sin hijos, tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente. Deben compartir recursos como tiempo, espacio y dinero. Los miembros de la familia frecuentemente funcionan en un lugar donde hay sensación de hogar" (Smilkstein, 1982 citado en Laguado & García, 2013).

La familia garantiza la satisfacción de las necesidades materiales y espirituales de sus miembros. Tiende a buscar la satisfacción de las necesidades afectivas, lo que propicia el desarrollo de una personalidad sana. Es un espacio de aprendizaje de conocimientos de salud como son los hábitos higiénicos y nutricionales, el autocuidado, la utilización de servicios preventivos, los determinantes psicológicos del proceso salud enfermedad como la autorregulación, la autovaloración y la toma de decisiones, así como las conductas protectoras de la salud (Álvarez 2008 Medicina general integral).

"Se denomina niñez a la fase del desarrollo de la persona que se comprende entre el nacimiento de la misma, y la entrada en la pubertad o adolescencia. Esta a su vez se subdivide en tres etapas; lactancia, primera infancia y segunda infancia" (UNICEF 2013).

4.1.2. Tipología Familiar

La familia puede clasificarse según su tamaño por el número de miembros y su ontogénesis:

4.1.2.1 Familia según su tamaño

a. Familia pequeña: Cuando está compuesta por 1 a 3 miembros.
b. Familia mediana: Cuando está compuesta por 4 a 6 miembros.
c. Familia grande: Cuando está compuesta por 7 o más miembros (Galbán Noa, Milagro Pérez Valdés, Janelly María Hernández Morgado, 2003).

4.1.2.2 Familia según su ontogénesis

a. Familia nuclear: Son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.

b. Familia extensa: Está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.

c. Familia ampliada: Familias en que se incluye a otras personas, que pueden tener algún tipo de vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos) no tener vínculo de consanguinidad alguno, como es en el caso de las empleadas domésticas, o alguna persona que esté de visita en casa. Pero son importantes, ya que pueden ser causa de conflictos o problemas familiares o, en algunas ocasiones, de apoyo positivo o recurso familiar.

d. Familia reconstituida: Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior.

e. Familia monoparental: Es aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos (Osorio & Alvarez, 2004).

4.1.3 La familia desde el enfoque sistémico

4.1.3.1 Sistema Familiar

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia se define como un sistema, es decir: “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (Minuchin, 1986).

Uno de los conceptos de la teoría de sistemas comprende los conceptos de totalidad. La familia como un sistema en conformidad con el concepto de totalidad va más allá de las características individuales de los integrantes del núcleo familiar. Es más que la suma de sus componentes, por lo que es única en forma, dinámica y estructura, lo que la hace diferente a todas. Pero como una telaraña cualquier modificación o cambio en una de las partes afecta a todas otras partes del sistema, influyendo sobre ellas y modificando el sistema, en conjunto de modo que se transforma en otro diferente en algún aspecto respecto del anterior.

Por eso cualquier afectación en la salud de uno de los miembros de ese hogar, tiene algún tipo de efecto en los otros integrantes de la familia, la familia es una unidad, y cada integrante forma parte del conjunto total; en ella cualquier circunstancia de modificación de carácter interno o externo influye en la conducta y en el comportamiento de todos sus integrantes (Osorio & Alvarez, 2004).

4.1.3.2 Subsistemas familiares

Aunque son muchos los subsistemas estructurales o funcionales que pueden darse dentro de la familia, como las diferentes familias nucleares que se diferencian en la familia extensa, en el sistema familiar nuclear, que es el referente predominante en nuestra cultura, encontramos tres subsistemas estructurales básicos y bien diferenciados: la constelación fraterna, parental y conyugal, si bien aparecen altamente relacionados entre sí como se demuestra, no sólo a nivel científico, sino en la misma vida cotidiana. Cada uno de estos dos subsistemas tiene sus propias normas y relaciones que se definen en su interior, aunque, naturalmente, en algunos aspectos vitales de la convivencia reciben influencia mutua uno del otro, mucho más intensa cuando hablamos de la educación de los hijos (Espinal, Gimeno, 2006).

a. Subsistema conyugal: Generalmente es una pareja de diferente sexo, que decide iniciar una relación formal de convivencia. La pareja decide cuáles serán las nuevas reglas que regirán este nuevo subsistema.
b. Subsistema parental: Los padres o la persona que cumple el rol de padre o de madre, decide cuales son las herramientas básicas que necesita trasmitirle a los hijos dentro de un proceso de socialización. En este subsistema se debe incluir a los abuelos, los tíos, los hermanos, los primos o las personas que forman parte de la familia y que se preocupan de la educación de los niños. Sus creencias, vivencias y experiencias serán trasmitidas para que los más pequeños aprendan desde el hogar algunas de las normas sociales que deben conocer.
c. Subsistema fraternal: es aquel en que se encuentran dónde están los hermanos. El subsistema fraterno es el primer laboratorio social en que los niños pueden experimentar relaciones con sus padres. En este subsistema los niños aprenden sus primeras vivencias y conductas en relación con los comportamientos que deben o no tener respecto de las otras personas dentro y fuera de sus familias (Osorio & Alvarez, 2004).

4.1.4 Familia Funcional

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales, son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo (Land, 2008).

La familia que es funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis, que mantiene unidos a sus miembros a pesar de las crisis que se presenten, permitiendo que se progrese para que se puedan resolver con el fin de lograr un desarrollo en todo el sistema familiar y que cada miembro alcance un mayor grado de madurez. Estas familias se caracterizan porque los roles de cada miembro están establecidos y son cumplidos, todos trabajan en equipo con el propósito de alcanzar bienestar por igual sin ninguna distinción haciéndolo con entusiasmo y amor (Paladines & Quinde, 2010).

4.1.5 Familia disfuncional

Es aquella que no tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Algunos autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas (Herrera, 1997).

4.2. Generalidades de la piel

A nivel mundial se han realizado diferentes investigaciones en relación con las enfermedades cutáneas infecciosas que determinan su presencia en diferentes manifestaciones que se traducen en el desarrollo de enfermedades afectando a niños y adultos, individual o colectivamente. La piel es el órgano más extenso y visible de nuestro organismo, en ella pueden aparecer infecciones bacterianas primarias o secundarias por infección sistémica o de otro órgano, para su defensa tiene mecanismos propios que dificultan el crecimiento de bacterias patógenas.

La piel funciona como una barrera flexible y de defensa eficaz frente a microorganismos, gracias a los componentes de colágeno y elásticos de la dermis, proporciona un escudo de defensa única que protege, frente a las fuerzas mecánicas y a la penetración de diversos agentes químicos, esta controla la pérdida de agua del organismo y lo protege contra los efectos de la luz natural y artificial, del calor y del frío. La capa epidérmica externa de células muertas (queratina) sirve de escudo contra los elementos del mundo exterior. Si estas células se someten a presiones de fricción, pueden formar un manto protector y también pueden engrosarse por la exposición a los rayos ultravioleta (Guía dermatológica española 2014).

La capa epidérmica de la piel es la primera barrera del cuerpo que nos protege de la invasión de microorganismos sus folículos pilosos, glándulas sebáceas, sudoríparas y uñas son considerados apéndices epidérmicos por lo tanto, se ven involucrados en las infecciones. La piel posee microbiota residente y transitoria, la microbiota residente está formada por microorganismos no patógenos, como staphylococcus epidermidis, propionibacterium acnes, difteroides anaeróbicos y micrococos, la microbiota transitoria posee microorganismos patógenos, como Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes (Pediatría de Nelson 18ª pág. 2738).

4.2.1. Incidencia

A nivel mundial las enfermedades de la piel constituyen una de las afecciones que con mayor frecuencia se presentan en la atención primaria siendo el 49% de estas enfermedades (Portales médicos 2013).

4.2.2. Prevalencia

La prevalencia de escabiosis es del 60%, micosis superficial 20% y piodermitis 12%. En pacientes ambulatorios pediátricos, se estima que el 15-30% de las consultas se deben a una enfermedad de la piel y el nivel de atención primaria podría resolver el 90% de esta demanda (Revista Panamericana de la Salud 2013).

Las enfermedades frecuentes de la piel en los niños son: piodermitis, micosis superficiales y escabiosis.

4.3. Piodermitis

4.3.1. Concepto

Infecciones de la piel causadas por bacterias piógenas, principalmente estafilococos y estreptococos. La incidencia es mayor en niños de 2 a 6 años (Asociación Española de Pediatría 2010).

Es la más común de las infecciones de piel en niños, muy contagiosa (contacto directo y fómites) los factores predisponentes son; la falta de higiene, hacinamiento y patologías pruriginosas de la piel. Puede haber lesiones satélites por auto inoculación, cursan con buen estado general, sin compromiso sistémico y generalmente sin fiebre con adenopatía regional (Sociedad Argentina de pediatría 2014).

4.3.2 Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas Impétigo no ampolloso. Hay dos formas clásicas de impétigo: Más del 70% de los casos corresponde a impétigo no ampolloso. Las lesiones comienzan habitualmente en la piel de la cara o las extremidades que se ha lesionado previamente. Las lesiones que preceden más a menudo al impétigo no ampolloso consisten en picaduras de insectos, abrasiones, laceraciones, varicela, escabiosis, pediculosis y quemaduras. Inicialmente se forma una vesícula o pústula diminuta que rápidamente evoluciona para formar una placa con costras melicéricas, que suele tener <2 cm de diámetro, la infección se extiende a otras partes del cuerpo a través de los dedos, la ropa y las toallas. Las lesiones se acompañan de un dolor escaso o nulo y eritema circundante, y los síntomas constitucionales suelen estar ausentes. En algunas ocasiones hay prurito, en más del 90% de los casos se observan linfadenopatías regionales y en el 50% se detecta leucocitosis. Sin tratamiento, la mayoría de los casos se resuelve de forma espontánea sin dejar cicatrices en unas 2 semanas. El diagnóstico diferencial del impétigo no ampolloso engloba las infecciones víricas (herpes simple, varicela-zóster), micóticas (tiña corporal, querión) y parasitarias (escabiosis, pediculosis de la cabeza), todas las cuales se pueden impetiginizar. Staphylococcus aureus es el microorganismo responsable de impétigo no ampolloso; el estreptococo â-hemolítico del grupo A (EBHGA) se relaciona con la aparición de algunas lesiones. En general, los estafilococos se extienden desde la nariz a la piel

normal y la infectan, la piel se coloniza una media de 10 días antes de surgir el impétigo (Tratado de Pediatría Cruz 10ª edición).

Las lesiones suelen ocurrir en niños pequeños, a menudo en zonas de picaduras de insectos o traumatismo leve. Las lesiones comienzan como maculas o pápulas rojas que forman vesículas y pústulas La rotura de las vesículas forma una costra dorada. Con excepción de la linfadenopatía regional, muy pocas veces hay fiebre o signos sistémicos. Las zonas afectadas con más frecuencia son la cara, el cuello y las extremidades mayormente en inferiores que en extremidades superiores.

4.3.3 Diagnostico

Diagnostico se basa en el aspecto del exantema.

4.3.4 Tratamiento

Las opciones de antibiótico apropiadas son cefalexina oral (12.5 a 25 mg/kg/dosis cuatro veces al día, durante 7 días), Trimetoprim-sulfametoxazol (5 mg/kg/dosis dos veces al día durante 5 a 7 días), clindamicina (10 mg/kg/dosis tres veces al día durante 5 a 7 días). El tratamiento complementario comprende la limpieza de la herida local y la aplicación tópica de mupirocina tres veces al día (Tintinalli 2014, pág.399).

4.4. Micosis superficial

Las formas superficiales incluyen aquellas que están limitadas a la piel, pelo, uñas y/o las mucosas. Son infecciones muy frecuentes, ocurre en todas las edades, los dermatofitos (trichopyton, microsporum y epidermophyton) necesitan de la queratina para nutrirse por lo que solo pueden sobrevivir en la piel, el pelo y la uñas. Las infecciones causadas por dermatofitos se llaman tiñas, estas no confieren inmunidad, pueden ser zoofílicos se contagian por los animales (perros y gatos) muy contagiosas y frecuente en los niños y antropofílicos por contacto de persona a persona o por fómites común en adultos.

La clínica se caracteriza por una pequeña mácula eritematosa que crece rápidamente y forma una placa con bordes netos y sobre elevados, con ligera descamación periférica y aclaramiento central con forma de anillo, la lesión más frecuente es una macula eritematosa descamativa bastante inespecífica, las lesiones pueden variar, desde una única lesión pequeña hasta una muy extensa inflamada y llena de vesículas, suelen ser asintomáticas, o pruriginosas, o causar un ligero ardor (Tratado de Pediatría Cruz 10ª edición).

El diagnóstico es clínico, o con el micológico directo a través del raspado de escamas al margen de la lesión, con una cureta o con el vidrio de un portaobjetos a 90° de la superficie de la piel o de uña se coloca 2 gotas de hidróxido de potasio al 20% se agrega el cubreobjetos, se calienta a llama baja, evitando que hierva, se procede a observar en el microscopio las hifas de los dermatofitos o racimos de esporas (Rubinstein 2014).

El tratamiento de las dermatofitosis o micosis superficiales se puede considerar de 2 formas, tópico o sistémico, las tiñas generalmente se curan con tratamiento tópico entre los que encontramos ungüento de whitfield, alcohol yodado al 1%, el azufre precipitado, ácido acetilsalisilico. Así como otros medicamentos como el clotrimazol, miconazol, iconazol, bifonazol, tioconazol, omoconazol, oxiconazol, ketoconazol, flutrimazol, terbinafina se presenta en formas de lociones, talcos, cremas, geles o ungüentos. Cuando el tratamiento tópico no es suficiente para curar las lesiones se pueden recurrir al tratamiento sistémico (Rubinstein 2014 pag.1848-1850).

4.5. Escabiosis

La escabiosis o sarna es una infección producida por un acaro Sarcoptes Scabiei variedad hominis. Es un parásito humano obligado, no logra sobrevivir si no infesta un ser humano. Morfológicamente, Sarcoptes Scabiei es un artrópodo blanco, oval, vive 30 a 60 días. Su ciclo vital comienza cuando la hembra coloca 2 a 3 huevos por día en surcos en la piel de pocos milímetros hasta varios centímetros. Una vez que las larvas emergen desde los huevos (50 a 72 horas) emergen del surco e inician uno nuevo. La principal vía de contagio de la escabiosis es el contacto estrecho piel con piel, incluyendo el contacto sexual es importante tener presente que el ácaro es capaz de sobrevivir, e incluso infestar a otra persona, luego de 2 a 6 horas fuera de su huésped. La clínica de la escabiosis varía según la edad del huésped y su condición inmunológica. En la primo infección, el huésped puede ser asintomático durante 4 a 6 semanas debido a que el ciclo vital del sarcoptes desde que la hembra pone los huevos hasta la transformación en adulto es de 28 días, lo cual se explica por qué el prurito y las lesiones son mediadas por respuestas de hipersensibilidad tipo IV, en reinfecciones este período dura sólo 1 a 3 días por que el paciente ya está sensibilizado (Tratado de Pediatría Martínez 2014).

La primera manifestación clínica es el prurito sobre todo nocturno, los pacientes pueden rascarse durante meses sin que aparezcan lesiones, las lesiones por rascado determinan un polimorfismo, pápulas, placas eccematosas, escoriaciones que pueden estar o no impetiginizadas, las áreas afectadas con mayor frecuencia son zonas interdigital y palmas, área cubital de la muñeca, codos, genitales externos, nalgas, axilas, cintura abdominal, areola del pezón, la sarna siempre respeta la cara excepto en los lactantes que pueden infestar el cuero cabelludo (Rubinstein 2014 pág. 1846 -1847).

La sarna es una entidad muy frecuente que puede presentarse en individuos de cualquier clase social. El diagnóstico es clínico y se presenta en cualquier edad, que consulta por prurito generalizado persistente. Las lesiones que se encuentran son polimorfas, pero pueden ser mínimas o inexistentes, dándole mayor importancia a las zonas más afectadas que por lo general suelen ser cuello, pliegues de muñecas, codos, rodillas, es útil interrogar sobre otros miembros afectados en la familia.

El tratamiento se basará en el uso correcto de escabicidas, medidas higiénicas y la realización de una adecuada profilaxis en todos los miembros de

la familia, es trascendental que todo el grupo familiar lo realice al mismo tiempo, esto consiste en cepillado de uñas, aplicación antes de dormir, desde el cuello hasta los pies con especial cuidado en genitales, excepto en la cabeza, dormir con la medicación y en la mañana bañarse para retirar el medicamento, con repetición al 4to y 8vo día, los agentes escabicidas tópicos tales como la permetrina, lindano, benzoato de bencilo, y azufre al 5 y 10%, son efectivos en el tratamiento de esta patología, además de lo indicado se debe retirar toda la ropa interior, y de cama, colocarla en fundas plásticas durante 3 días con esto se garantiza la muerte del parasito y se evita el lavado y planchado riguroso no muy prácticas para toda la familia (Pediatría Nelson 18ª edición).

Informes de ácaros de la sarna resistentes a ivermectina y permetrina indican que las razones de esta es la no aplicación correcta, el lindano está contraindicado en niños menores de 2 años, en niños menores de 18 meses el medicamento de elección es el azufre al 5% o al 10% (Scabies: an ancient global disease with a need for new therapies 2015).

La OMS (2009) recomienda un adecuado lavado de manos cada vez que se manipulen los alimentos, antes y después de ir al baño después de tocar animales, cada vez que estén sucias, se complementa con el cuidado de las uñas.

Las manos son una de las partes del cuerpo en permanente contacto con el medio y la suciedad y puede ser un foco importante de infecciones.

Higiene Corporal, Salas y Marat (2014) recomiendan ducharse, al menos tres veces por semana, preferentemente por la tarde o noche, para ello se debe utilizar jabones de acidez similar a la de la piel (pH = 6) y que no irriten.

Refieren Potter y Perry (2013) que el baño y el cuidado de la piel forman parte de la higiene total, la duración del baño de la persona y los métodos usados dependen de sus habilidades físicas, los problemas de salud y el grado de higiene requerido. Refieren que la piel, es un órgano activo que tiene las funciones de protección, excreción, regulación de la temperatura y sensibilidad. El baño diario es fundamental para mantener el cuerpo sano, debe considerarse siempre la forma y el material que se requiere para su realización. El baño diario y en cualquier época del año ha sido un factor decisivo para acabar con muchas enfermedades infecciosas. Es decir que la falta de higiene y de limpieza corporal favorece las infecciones (Guía Mexicana para la Salud 2013).

El estudio realizado en niños de Asunción Paraguay determinó que las dermatosis más frecuentes fueron la pediculosis capitis, escabiosis, impétigo y tiñas, correspondiendo todas estas patologías al grupo de las ectoparasitosis y patologías infecciosas de causa bacteriana o micótica. El grupo etario más afectado correspondió a niños de 0-5 años. El motivo de consulta dermatológica más frecuente fue el prurito, el tiempo de evolución de las lesiones fue menor al mes, Las patologías observadas con más frecuentes fue el impétigo (16%) y la pediculosis capitis (36%). Otras dermatosis asociadas a

la falta de higiene y hacinamiento fueron: escabiosis, tiñas y xerosis. Los más afectados fueron del sexo femenino (Revista pediátrica asunción 2016).

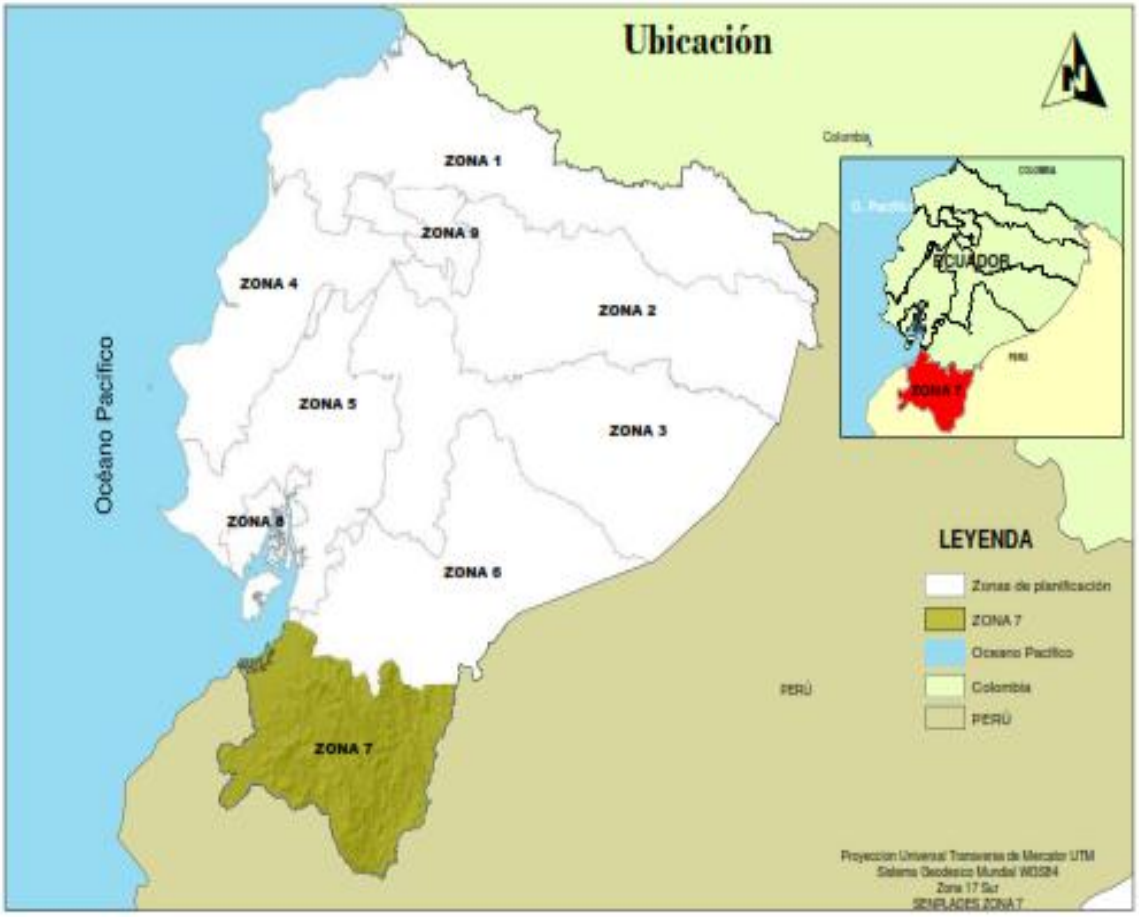
4.6. Contextualización de la zona 7

Con el propósito de fortalecer y mejorar la articulación entre niveles de gobierno, en el 2008, el ejecutivo inició los procesos de desconcentración que exigió la implementación de niveles de planificación que permitan una mejor identificación de necesidades y soluciones efectivas en el accionar público. Para el efecto, se conformaron nueve zonas equipotentes, siete de ellas compuestas por provincias, de acuerdo a una proximidad geográfica, cultural y económica, garantizando así la equidad territorial y dos zonas integradas por cantones (SENPLADES, 2015).

4.6.1 Localización

La Zona de Planificación 7 se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al sur y oriente con Perú, al occidente con Perú y el océano Pacífico.

Figura 1. Ubicación en el Territorio Nacional



Fuente: Coordinación Zonal MIES

4.6.2. División política

Según la división política administrativa de la zona, esta comprende tres provincias: El Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y Zamora Chinchipe, con nueve cantones y 28 parroquias.

4.6.3. Población

Al analizar la población por rangos de edad, se aprecia que el 31,3% es menor de 14 años; el 61,3% está en edad (entre 15 y 64 años) y 7,3% pertenece a la tercera edad (más de 65 años) (INEC, 2010); esto implica, desde la perspectiva demográfica social, que si la tendencia se mantiene, en unos años la población de la tercera edad se verá incrementada y que la Población Económicamente Activa (PEA) se encontrará sustancialmente disminuida; sin embargo, contar con un alto porcentaje de talento humano en edad de trabajar deriva una potencialidad que debe aprovecharse para insertarla en la actividad económica-productiva del territorio; población que a su vez le corresponde recibir servicios de calidad, transferencia de tecnología conforme a sus aptitudes y requerimientos territoriales; y, tener garantizados sus derechos.

4.6.4. Contextualización MIES-CIBV

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) cambia en su estructura con el fin de mejorar la aplicación de las políticas sociales. De esta forma, el Instituto de la Niñez y la Familia (INFA) y el Programa de Protección Social (PPS) se integrarán al MIES.

El nuevo enfoque institucional se centra en dos áreas: Inclusión al Ciclo de Vida y la Familia y Aseguramiento para la Movilidad Social. Dentro de la Inclusión al ciclo de vida se incluirán los siguientes programas:

Desarrollo Integral, que centrará su atención a las necesidades específicas de la población de atención prioritaria, dirigidas a su desarrollo integral, y Protección Especial, enfocada en la prevención de la violación de derechos, y atención a la población en vulneración de derechos.

La nueva institución tendrá un enfoque para garantizar el aseguramiento como aporte a la movilidad social. Este nuevo MIES apunta a reducir las brechas de desigualdad existentes entre los ecuatorianos y de, esta forma, auspiciar la igualdad, inclusión e integración social y territorialidad dentro de la diversidad, que promueve el plan del Buen Vivir.

En el área de Aseguramiento para la Movilidad Social está el aseguramiento no contributivo, que incluye los programas y servicios de protección ante riesgos y contingencias. También incluye el aseguramiento no contributivo (Bono de Desarrollo Humano, Pensión para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades); además la Promoción y Movilidad, que es el impulso a la generación de capacidades y oportunidades que aportan a la salida de la pobreza a los hogares en condiciones de vulnerabilidad.

En la zona 7 del Ecuador se cuenta con 118 centros ubicados en las parroquias urbanas y rurales de las tres provincias: Loja, El Oro y Zamora Chinchipe, con una población de 5032 niños menores de 3 años registrados en la base del MIES, los cuales se encuentra distribuidas y detallados a continuación:

4.6.5. Centros infantiles del buen vivir

En los Centros del MIES atiende a niños y niñas de 0 a 3 años, provenientes de familias en situación de pobreza, que requieren apoyo para el cuidado integral de los infantes. Se priorizará a los sectores más pobres de la población y a hijos e hijas de madres adolescentes, madres o padres cabeza de hogar, niños y niñas en situación de riesgo, o que no tienen un adulto responsable que se encargue de su cuidado.

Los CIBV emblemáticos responden a un modelo en el cual se integran desde los espacios físicos (infraestructura civil y arquitectónica) hasta las normas de calidad para el cuidado de las y los infantes. Atenderán cinco días por semana, en horarios de 6 a 8 horas diarias, a un grupo entre 60 y 100 niños y niñas por Centro, a cargo de una educadora por cada 10 niños y bajo la dirección de un parvulario profesional. Los servicios que ofrecen incluyen cuatro comidas al día (desayuno, refrigerio de media mañana, almuerzo y refrigerio de media tarde), así como un suplemento nutricional para prevenir la desnutrición y la anemia a quienes lo requieran (Ministerio de Inclusion Economica y Social, 2013).

5. Materiales y Métodos

5.1. Tipo de investigación

El presente estudio forma parte del Macroproyecto denominado "**Salud Pediátrica de niños y niñas de 1 a 3 años de la Zona 7**" integrado por 10 estudiantes de posgrado de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, explorando diferentes factores de la problemática de salud en la infancia, a través de encuestas dirigidas a los tutores y/o cuidadores además de evaluaciones a los infantes, de las Provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe.

El tipo de investigación es cuantitativa pues se ha empleado modelos matemáticos y estadísticos para contrastar objetivos e hipótesis.

5.2. Diseño de la Investigación

Es un estudio descriptivo, analítico, correlacional, de cohorte transversal, en niños de 1-3 años, de los centros infantiles del buen vivir, de la zona 7, teniendo como universo 5032 niños, se aplicaron fórmulas para calcular el tamaño de la muestra utilizando el método porcentual, con el uso el software EPI INFO v. 7, y EXCEL (Pita Fernández). Se realizó una muestra aleatorizada de 423 niños, con el 95% de intervalo de confianza y un 5% de margen de error. Tomando como fuente la base de datos de la coordinación zonal 7 del MIES;

Tabla 1. Tamaño muestral por provincia para desarrollo de la investigación.

Provincias	Población	% Población	Niños/as a encuestar
El Oro	2045	40,64	170
Loja	1957	38,89	163
Zamora Chinchipe	1030	20,47	90
TOTAL	5032	100,00	423

Fuente: Base de datos d la coordinación Zonal 7 MIES
Elaborado por: Dra. Rita Torres Rodríguez.

Una vez finalizado el proceso de estratificación y aleatorización se elaboró la hoja de ruta para la aplicación del instrumento en campo y la recopilación de información.

5.9. Proceso de recopilación de la información

- Se socializó el estudio con las autoridades del MIES, quienes a su vez llevaron a cabo la socialización con los CIBV seleccionados, y estos a su vez con los padres de familia o representante con el fin de solicitar la participación de los mismos, previa autorización por medio del

consentimiento informado. Adicionalmente se capacitó al personal que participo en la investigación.

- En primera instancia se efectuó una encuesta semiestructurada, dirigida a los representantes de los preescolares; se solicitó la contestación a los ítems planteados en forma objetiva y concreta.

- La encuesta incluyó la información de datos personales, socioeconómicos del INEC; test de funcionalidad familiar FFSIL, test de Conducta alimentaria, test de Denver y examen físico para evaluar el estado nutricional y detectar lesiones dérmicas.

Los instrumentos de investigación fueron previamente validados mediante la aplicación de una prueba piloto realizada en 30 preescolares con similares características que no fueron parte de la investigación. Se tabularon los datos en el programa SPSS v 19, para contrastar hipótesis, objetivos y así obtener resultados y con estos continuar el trabajo investigativo llegando a conclusiones y recomendaciones.

5.14. Aspectos éticos

Para el desarrollo del presente proyecto de tesis fue necesaria la participación de técnicos, madre comunitarias, y preescolares de los Centros Infantiles del Buen Vivir en estudio; así mismo la participación del padre, madre o representante del niño a partir de un documento de asentimiento y consentimiento informado.

Se consideró los principios éticos de la investigación, contenidos en la Declaración de Helsinki.

6. Resultados

6.1. Caracterización de los preescolares del estudio

De acuerdo a la muestra establecida fue necesario caracterizar a los involucrados y/o participantes del estudio, los resultados se presentan en los cuadros a continuación:

Cuadro 1. Distribución de preescolares de los CIBV según características sociodemográficas. Zona 7 2016.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	224	53,0
Femenino	199	47,0
Edad		
1 año	155	36,6
2 años	180	42,2
3 años	88	20,8
Nivel socioeconómico		
Bajo	92	21,7
Medio bajo	193	45,6
Medio típico	112	26,5
Medio alto	26	6,1
Alto	0	0
Provincia		
Loja	161	38,1
El Oro	172	40,7
Zamora Chinchipe	90	21,3
Área de procedencia		
Urbana	308	72,8
Rural	115	27,2
Nivel de instrucción de la madre		
Ninguno	5	1,2
Primaria	109	25,8
Secundaria	200	47,3
Superior	102	24,1
Posgrado	7	1,7
Total	**423**	**100**

Fuente: Base de datos del Macroproyecto Salud Pediátrica
Elaboración: Dra. Rita Torres Rodríguez

<u>Análisis e interpretación:</u>

En la distribución de preescolares en cuanto a sexo, tenemos el 53,0% lo conforma el sexo masculino, en lo que respecta a la edad tenemos mayor población de 2 años, prevalece el nivel socio económico medio bajo, niños de la provincia de El Oro, proveniente de parroquias urbanas.

6.2. Estructura familiar de los niños de la Zona 7 de Ecuador. 2016

En lo que corresponde a la familia, de igual forma se caracterizó

Cuadro 2. Distribución de preescolares de los CIBV según características familiares Zona 7 2016.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Familia por número		
Pequeña	66	15,6
Mediana	253	59,8
Grande	104	24,6
Familia por ontogénesis		
Nuclear	124	29,3
Extensa	100	23,6
Ampliada	18	4,3
Monoparental	166	39,2
Reconstituida	15	3,5
Funcionalidad familiar		
Severamente disfuncional	1	0,2
Disfuncional	30	7,1
Moderadamente funcional	176	41,6
Funcional	216	51,1
Infecciones Dermatológicas		
Con patología	57	13,4
Sin patología	366	86,6
Total	**423**	**100,0**

Fuente: Base de datos del Macroproyecto Salud Pediátrica
Elaborado: Dra. Rita Torres Rodríguez

Análisis e interpretación:

Respecto a las variables de la estructura familiar de la población de estudio tenemos que predominan los preescolares de familias medianas, monoparentales, funcionales, y de estas el 13,4% de los niños presentaron patología dermatológica.

6.3. Infecciones dermatológicas, según los cantones (cuartiles)

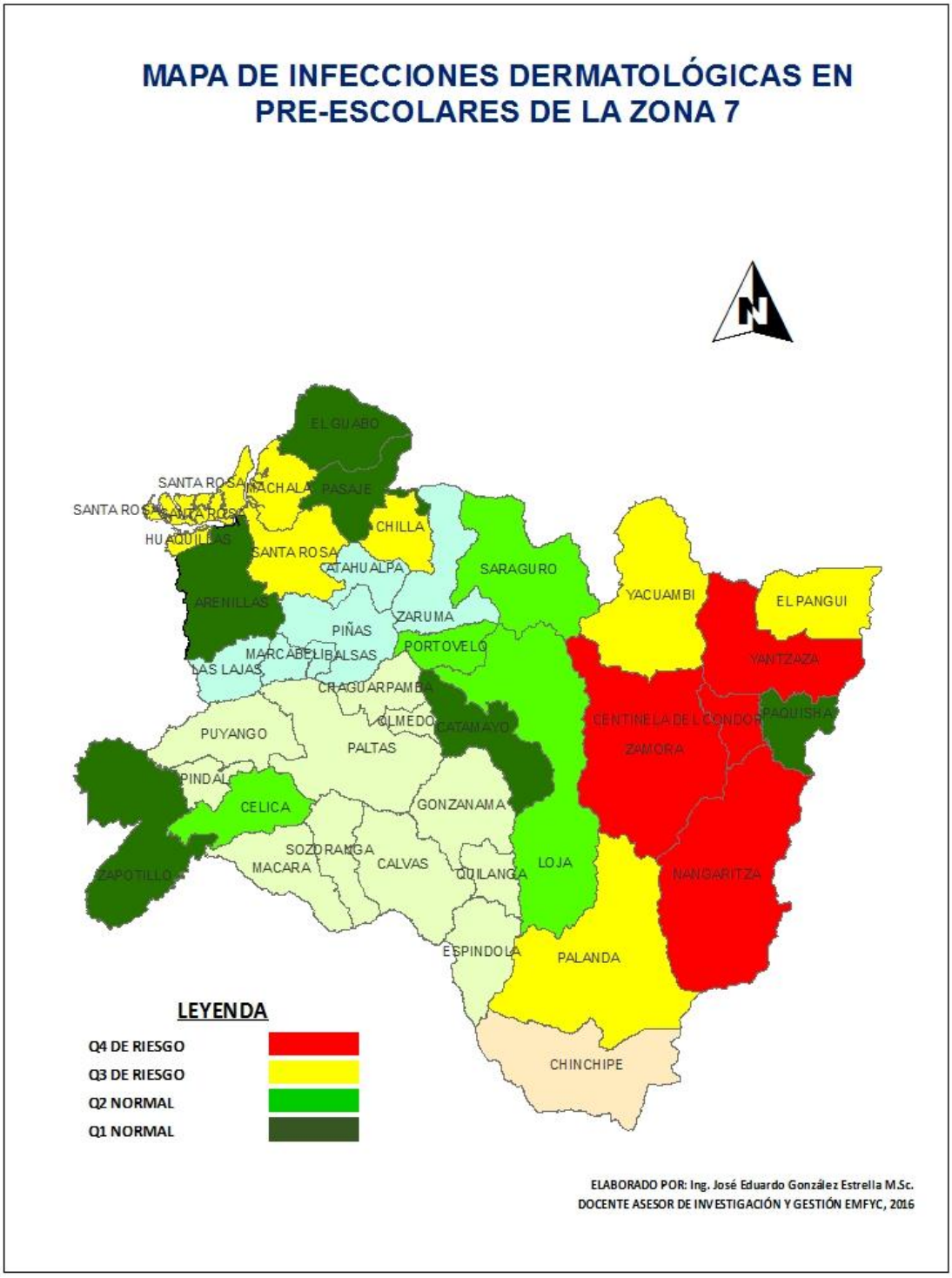
CANTON	FRECUENCIA	TOTAL DE INFECCIONES DERMATOLÓGICAS POR CANTÓN	PREVALENCIA	TASA ESPECIFICA/1000 NIÑOS	IC 95%		CUARTILES DE RIESGO
					Intervalo de Confianza inferior	Intervalo de confianza superior	
Centinela del Condor	6	8	75,00	750,00	691,31	808,69	4,00
Nangaritza	2	7	28,57	285,71	227,03	344,40	4,00
Yantzaza	5	6	83,33	833,33	774,65	892,02	4,00
Zamora	4	16	25,00	250,00	191,31	308,69	4,00
Chilla	1	5	20,00	200,00	141,31	258,69	3,00
Huaquillas	4	22	18,18	181,82	123,13	240,50	3,00
Machala	16	67	23,88	238,81	180,12	297,49	3,00
Palanda	4	17	23,53	235,29	176,61	293,98	3,00
Pangui	3	17	17,65	176,47	117,79	235,16	3,00
Santa Rosa	1	11	9,09	90,91	32,22	149,59	3,00
Yacuambi	2	11	18,18	181,82	123,13	240,50	3,00
Celica	1	11	9,09	90,91	32,22	149,59	2,00
Loja	5	97	5,15	51,55	-7,14	110,23	2,00
Portovelo	1	21	4,76	47,62	-11,07	106,30	2,00
Saraguro	1	21	4,76	47,62	-11,07	106,30	2,00
Arenillas	0	11	0,00	0,00	-58,69	58,69	1,00
Catamayo	1	22	4,55	45,45	-13,23	104,14	1,00
Guabo	0	22	0,00	0,00	-58,69	58,69	1,00
Paquisha	0	8	0,00	0,00	-58,69	58,69	1,00
Pasaje	0	11	0,00	0,00	-58,69	58,69	1,00
Zapotillo	0	12	0,00	0,00	-58,69	58,69	1,00
	57,00	423,00		3707,31	3702,68	3711,95	

Fuente: Base de datos del Macroproyecto Salud Pediátrica
Elaboración: Dra. Rita Torres Rodríguez.

Análisis e interpretación:

En referencia a los cuartiles de riesgo de infecciones dermatológicas por cantón en la zona 7, los cantones Centinela del Cóndor, Nangaritza, Yantzaza y Zamora Chinchipe se encuentran en el cuartil Q4 de riesgo, correspondiente a la mayor tasa específica por cada mil niños.

Mapa de infecciones dermatológicas de acuerdo a cuartiles



Fuente: Base de datos del Macroproyecto salud pediátrica
Elaborado: Dra. Rita Torres

En el gráfico se puede identificar la ubicación de las zonas de acuerdo a la tasa específica y el cuartil de riesgo respectivo según los colores semáforo: rojo cuartil Q4. Amarillo Q3, Verde Q2 y Q1.

6.4. Contrastación de hipótesis: Análisis inferencial del problema estudiado

Cuadro 4. Infecciones dermatológicas según provincia de residencia

PROVINCIA DE RESIDENCIA	INFECCIONES DERMATOLÓGICAS		Total
	SI TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	NO TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	
LOJA	5%	95%	100,00%
EL ORO	13,4%	86,6%	100,00%
ZAMORA CHINCHIPE	28,9	71,1	100,00%
TOTAL	13,5%	86,5%	100,00%
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,332	2	,000

Fuente: Base de datos del Macroproyecto Salud Pediátrica
Elaborado: Dra. Rita Torres Rodríguez

Análisis e interpretación:

En relación a las variables provincia de residencia e infecciones dermatológicas, se puede observar que los niños que viven en las provincias de Loja y El Oro, tienen un porcentaje menor de presentar infecciones dermatológicas en comparación con los niños de la provincia de Zamora Chinchipe, se realizó el cálculo para determinar el valor de Chi cuadrado de 28,332 con 2 grado de libertad, lo que permite determinar que existe una relación estadísticamente significativa.

Convirtiéndose así, en un factor de riesgo vivir en la provincia de Zamora Chinchipe, con una probabilidad 28,9 veces de tener infecciones dermatológicas, en comparación con los niños de Loja y El Oro.

Cuadro 5. Infecciones dermatológicas según área de procedencia

PROCEDENCIA			INFECCIONESDERMATOLÓGICAS		
			SI	NO	Total
AREA DE PROCEDENCIA DEL ENCUESTADO	URBANO	% dentro de AREA DE PROCEDENCIA	9,4%	90,6%	100,0%
		% del total	6,9%	66,0%	72,8%
	RURAL	% dentro de AREA DE PROCEDENCIA	24,3%	75,7%	100,0%
		% del total	6,6%	20,6%	27,2%
Total		% dentro de AREA DE PROCEDENCIA	13,5%	86,5%	100,0%
		% del total	13,5%	86,5%	100,0%

Categoría	CHI cuadrado	Grado de libertad	Valor de P	V de Cramer	OR	Límite inferior	Límite superior
URBANO/ RURAL	16,013	1	,000	0,195	0,323	0,182	0,572

Fuente: Base de datos del macroproyecto Salud Pediátrica.
Elaborado: Dra. Rita Torres Rodríguez

Análisis e interpretación:

Se puede observar que los niños del área urbana tienen un porcentaje menor de tener infección dermatológica, en comparación con niños del área rural, en lo que tiene que ver a la razón de ventajas u oportunidades, es factor de protección pertenecer al área urbana, con estadística significativa, con un valor de OR de 0,323 (IC al 95%, LCi = 0,182 a LCs = 0,572). Los niños del área rural tienen 32 veces de probabilidad y/o riesgo de presentar infecciones dermatológicas.

Cuadro 6. Infecciones dermatológicas según sexo

SEXO DEL NIÑO	INFECCIONES DERMATOLÓGICAS		Total
	SI TIENE PATOLOGÍA DÉRMICAS	NO TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	
MASCULINO	10,70%	89,30%	100,00%
FEMENINO	16,60%	83,40%	100,00%
TOTAL	13,50%	86,50%	100,00%
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,113	1	0,078

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Razón de las ventajas para SEXO(MASCULINO/FEMENINO)	0,604	0,346	1,062

Fuente: Base de datos del Macroproyecto Salud pediátrica
Elaborado: Dra. Rita Torres Rodríguez

Análisis e interpretación:

En el cuadro 6 observamos que predomina el sexo femenino, sin embargo no existe relación estadísticamente significativa, con un valor de OR de 0,604 (IC al 95%, LCi = 0,346 a LCs = 1,062). En conclusión, el sexo del niño no es un factor protector ni factor de riesgo.

Cuadro 7. Infecciones dermatológicas y nivel de instrucción de la madre

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	INFECCIONES DERMATOLÓGICAS		Total
	SI TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	NO TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	
SIN INSTRUCCIÓN	20,00%	80,00%	100,00%
CON INSTRUCCIÓN	13,40%	86,60%	100,00%
TOTAL	13,50%	86,50%	100,00%

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,185	1	0,665
Phi V de Cramer	0,021		

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Razón de las ventajas para NIVEL DE INSTRUCCIÓN (CON INSTRUCCIÓN/SIN INSTRUCCIÓN)	1,116	0,177	14,721

Fuente: Base de datos del Macroproyecto Salud Pediátrica
Elaborado: Dra. Rita Torres Rodríguez

Análisis e interpretación:

En lo concerniente al nivel de instrucción de la madre e infecciones dermatológicas, se puede observar que los niños de madres con instrucción, tienen un porcentaje menor de patología dérmica, en comparación con los niños de madres sin instrucción, se realizó el cálculo de Chi cuadrado con lo que se determinar que no existe una relación estadísticamente significativa.

Cuadro 8. Infecciones dermatológicas según nivel socioeconómico

NIVEL SOCIOECONÓMICO	INFECCIONES DERMATOLÓGICAS		Total
	SI TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	NO TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	
NIVEL SOCIOECONÍMICO BAJO	13,90%	86,10%	100,00%
NIVEL SOCIOECONÓMICO ALTO	7,70%	93,30%	100,00%
TOTAL	13,50%	86,50%	100,00%
	Valor	GI	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,795	1	0,373
Phi V de Cramer	0,43		

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Razón de las ventajas para NIVEL SOCIOECONÓMICO (BAJO/ALTO)	1,930	0,444	8,396

Fuente: Base de datos Macroproyecto Salud Pediátrica
Elaborado: Da. Rita Torres

Análisis e interpretación:

Se puede observar que los niños con nivel socioeconómico bajo tiene mayor porcentaje de patología dérmica, en comparación con los niños de nivel socioeconómico alto, sin embargo no existe relación estadísticamente significativa.

Cuadro 9. Infecciones dermatológicas según funcionalidad familiar

TEST FUNCIONALIDAD FAMILIAR	INFECCIONES DERMATOLÓGICAS		Total
	SI TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	NO TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	
FAMILIAS DISFUNCIONALES	12,90%	87,10%	100,00%
FAMILIAS FUNCIONALES	13,50%	86,50%	100,00%
TOTAL	13,50%	86,50%	100,00%
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,009	1	0,923
Phi V de Cramer	0,005		

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Razón de las ventajas para NIVEL SOCIOECONÓMICO (BAJO/ALTO)	,948	0,319	2,816

FUENTE: Base de datos Macroproyecto Salud Pediátrica
Elaborado: Da. Rita Torres

Análisis e interpretación:

Tanto los niños de familias funcionales como disfuncionales tienen tendencia a tener patología dérmica, con el cálculo de Chi cuadrado de ,009 con 1 grado de libertad, un valor de p >0,05(0,923), permite determinar que no existe relación estadísticamente significativa. Con asociación de dependencia baja.

Cuadro 10. Infecciones dermatológicas y lavado de manos

LAVADO DE MANOS	INFECCIONES DERMATOLÓGICAS		Total
	SI TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	NO TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	
HIGIENE INADECUADA DE LAS MANOS	13,00%	87,00%	100,00%
HIGIENE ADECUADA DE LAS MANOS	13,50%	86,50%	100,00%
TOTAL	13,50%	86,50%	100,00%
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,008	1	0,928
Phi V de Cramer	0,004		

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Razón de las ventajas para NIVEL SOCIOECONÓMICO (BAJO/ALTO)	1,043	0,421	2,584

FUENTE: Base de datos Macroproyecto Salud Pediátrica
Elaborado: Da. Rita Torres

Análisis e interpretación:

En lo referente al lavado de manos del niño e infecciones dermatológicas, se observa que es un factor protector para que los niños no tengan infección dermatológica, esto especialmente en niñas. Su diferencia es mínima por tal razón los niños tienen iguales probabilidades de presentar infecciones dermatológicas.

Cuadro 11. Infecciones dermatológicas e higiene corporal

FRECUENCIA DEL BAÑO DEL NIÑO	INFECCIONES DERMATOLÓGICAS		Total
	SI TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	NO TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	
FRECUENCIA INADECUADA DEL BAÑO DEL NIÑOS	22,00%	78,00%	100,00%
FRECUENCIA ADECUADA DEL BAÑO DEL NIÑO	10,50%	89,50%	100,00%
TOTAL	13,50%	86,50%	100,00%
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,192	1	0,02
Phi V de Cramer	0,147		

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Razón de las ventajas para NIVEL SOCIOECONÓMICO (BAJO/ALTO)	,416	0,233	0,742

FUENTE: Base de datos Macroproyecto Salud Pediátrica
Elaborado: Da. Rita Torres

Análisis e interpretación:

El cuadro 11 indica que los niños que tienen una adecuada frecuencia del baño tienen menor porcentaje de patología dérmica, en comparación con los niños que tiene una frecuencia inadecuada de higiene corporal, convirtiéndose en un factor protector en ambos sexos, con una relación estadísticamente significativa.

Cuadro 12. Infecciones dermatológicas y lactancia materna

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	INFECCIONES DERMATOLÓGICAS		Total
	SI TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	NO TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	
LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA	20,00%	80,00%	100,00%
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	10,60%	89,40%	100,00%
TOTAL	13,50%	86,50%	100,00%

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,853	1	0,03
Phi V de Cramer	0,127		

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Razón de las ventajas para NIVEL SOCIOECONÓMICO (BAJO/ALTO)	2,113	1,197	3,731

FUENTE: Base de datos Macroproyecto Salud Pediátrica
Elaborado: Da. Rita Torres

Análisis e interpretación:

Los niños que recibieron lactancia materna exclusiva tienen menor porcentaje de adquirir patología dérmica, en comparación con los niños que no recibieron lactancia materna exclusiva, con el cálculo de Chi cuadrado se determinó que existe relación estadísticamente significativa. Convirtiéndose la lactancia materna en un factor que protege de infecciones dermatológicas.

Cuadro 13: Infecciones dermatológicas y tipología familiar

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	INFECCIONES DERMATOLÓGICAS		Total
	SI TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	NO TIENE PATOLOGÍA DÉRMICA	
FAMILIA GRANDE	22,70%	77,30%	100,00%
FAMILIA PEQUEÑA	11,80%	88,20%	100,00%
TOTAL	13,50%	86,50%	100,00%

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,741	1	0,17
Phi V de Cramer	0,117		

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Razón de las ventajas para NIVEL SOCIOECONÓMICO (BAJO/ALTO)	2,206	1,141	4,266

FUENTE: Base de datos Macroproyecto Salud Pediátrica
Elaborado: Da. Rita Torres

Análisis e interpretación:

Con respecto al tipo de familia por número de integrantes observamos que los niños que pertenecen a familias grandes, tienen un mayor porcentaje de infecciones dermatológicas, existiendo relación estadísticamente significativa. Lo que convierte a este en factor de riesgo pertenecer a familia grande.

7. Discusión

En los diferentes estudios relacionados a infecciones dermatológicas, investigan prevalencia de las diferentes patologías dérmicas que se presentan en los niños de 0 a 14 años, para determinar factores que influyen en la aparición de infecciones de la piel.

Durante la etapa preescolar tanto padres como hijos intervienen en el desarrollo del niño, siendo uno de los periodos más importante ya que adquiere hábitos de higiene como lavado de manos, cepillado de dientes, higiene corporal baño, limpieza del área genital, hábitos alimenticios, entre otros. (22). El presente estudio se estableció en una población de 423 preescolares de los Centros Infantiles del Buen Vivir, de la zona 7, con una muestra uniforme en función del sexo, con predominio de procedencia urbana (72,8%) y de nivel socio económico medio bajo (45,6%).

La realización del examen físico a los niños preescolares de los centros infantiles del buen vivir de la zona 7, permitió determinar la prevalencia de infecciones dermatológicas frecuentes como piodermitis, micosis superficial y escabiosis dando un 13,5%. En una muestra de 423 niños, no obstante en estadísticas de MSP (2014), la prevalencia de las patologías mencionadas fue del 3,6%.

Los resultados obtenidos permitieron a los autores arribar a la siguiente conclusión: en el estudio hubo un predominio del sexo masculino y las edades de presentación en menores de 5 años. Entre los principales factores predisponentes estuvieron, el hacinamiento, mala higiene, al analizar los intervalos de confianza y la prevalencia de las variables sociodemográficas con las infecciones dermatológicas, tenemos que el sexo masculino son más afectados con 31,66%; aunque no se encontró diferencia estadísticamente significativa con el sexo femenino, denotando la importancia dentro de nuestro medio y trabajar en ello.

De igual manera, el nivel socio económico bajo presentó mayor prevalencia (13,90%), sin embargo no se observó una diferencia estadísticamente significativa, es imprescindible lo mencionado por Martínez, donde afirma que el estrato socioeconómico tiene influencia en aspectos de cuidado y alimentación (Tratado de Pediatría Martínez).

En cuanto al contexto familiar en nuestro estudio mostró una significancia estadística entre preescolares con infecciones dermatológicas con el tamaño y tipología familiar relacionado a la medicina integral de Álvarez, que indica que en familias grandes la crianza de los niños está dada por otros miembros de la familia incluyendo abuelos, tíos, hermanos o incluso guarderías, por lo que en la presente investigación se puede observar que existe estadística significativa en niños de familias grandes en relación con los de familias pequeñas (Álvarez Síntes 2008).

Al contrastar las hipótesis de nuestro estudio sobre la relación entre factores protectores y de riesgo e infecciones dermatológicas, encontramos que existe significancia estadística entre las variables, provincia de Loja y El

Oro, área de residencia urbana, familia pequeña con un valor de p<05 (0,03) convirtiéndose en factores protectores contra infecciones dermatológicas. (Álvarez Síntes 2008).

Así mismo, en la higiene adecuada como, lavado de manos, frecuencia del baño, son factores protectores, con lo cual se puede trabajar en ello y así evitar infecciones dermatológicas, la cual coincide con la literatura de (Salas y Marrat 2014).

Al relacionar el hacinamiento e infecciones dermatológicas, no existió significancia estadística, por lo tanto no está asociada a patología dérmica por cuanto tiene un valor de p > 0,05 (0,376), el resultado indica que el hacinamiento no es irrelevante por cuanto los niños expuestos a este factor tiene las mismas probabilidades, que los niños no expuestos, a diferencia del estudio de Asunción en la que indica que es un factor de riesgo (Determinantes de infecciones de la piel en niños Paraguay 2013).

Finalmente, con los resultados y las pruebas estadísticas aplicadas se demostró que las infecciones dermatológicas en niños de 1 - 3 años de los CIBV de las provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe, se encuentran relacionadas a factores protectores (provincia y área de residencia, frecuencia adecuada del baño, familia pequeña) y factores de riesgo (pertenecer a la provincia de Zamora Chinchipe, área rural, familia grande, higiene inadecuada).

8. Conclusiones

- La población estudiada en su mayoría provienen de familias medianas, monoparentales y de familias funcionales, de los 423 niños estudiados 57 de ellos presentó patología dermatológica; distribuidos de la siguiente manera: piodermitis 35, micosis superficial 15 y escabiosis 7.

- Los factores que protegen en la aparición de infecciones dermatológicas tenemos: vivir en las provincia de Loja y Zamora Chinchipe, en área urbana, pertenecer a familias medianas o pequeñas, haber recibido lactancia materna exclusiva y tener una adecuada higiene corporal.

- Los factores de riesgo de tener infecciones dermatológicas son: vivir en la provincia de Zamora Chinchipe, en área rural, pertenecer a familias grandes, no recibir lactancia materna exclusiva, tener higiene corporal inadecuada.

9. Recomendaciones

- El área de la salud Humana de la universidad Nacional de Loja debe brindar información sobre los factores protectores y de riesgo de infecciones dermatológicas a la coordinación Zonal 7 del MIES, con la finalidad de tomar correctivos y evitar el problema estudiado en niños que asisten a los centros infantiles del ben vivir.

- Desde la visión de medicina familiar. Las instituciones como Ministerio de salud (MSP) y Ministerio de Inclusión económica y social, deberían evaluar y dar a conocer los factores protectores y de riesgo de infecciones dermatológicas, de esta manera prevenir las mismas, acciones aplicadas en los sectores de mayor prevalencia como es la provincia de Zamora Chinchipe.

- Se debería impulsar nuevos estudios en preescolares, utilizando otros instrumentos diagnósticos de infecciones dermatológicas, lo que permitirá realizar análisis comparativo, y estudio adaptado a cada contexto.

- En el primer nivel de atención, se debe priorizar la atención integral de salud a la población asignada desde la perspectiva biológica, psicológica, y socio – cultural de cada individuo y su entorno familiar.

10. Bibliografía

Alipour, H., & Goldust, M. (2015). Original papers The efficacy of oral ivermectin vs . sulfur 10 % ointment for the treatment of scabies. *Annales of Parasitology*, *61*(2), 79–84.

Alvarez, S. (2008). *MEDICINA GENERAL INTEGRAL*. (T. Edicion, Ed.). LA HABANA.

Andrews, M. D., & Burns, M. (2008). Common tinea infections in children. *American Family Physician*, *77*(10), 1415–1420.

Baizán, P., Domínguez, M., & González, M. J. (2014). Couple Bargaining or Socio-Economic Status? *European Societies*, *16*(1), 3–27. http://doi.org/10.1080/14616696.2013.859717

Bamji, M. S., & Thimayamma, B. V. S. (2000). Impact of women's work on maternal and child nutrition. *Ecology of Food and Nutrition*, *39*(1), 13–31. http://doi.org/10.1080/03670244.2000.9991602

Bott, R. (2014). *Manual de urgencias médicas Tintinalli*. *Igarss 2014*. http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2

Bradbard, M. R., Endsley, R. C., Mize, J., & Mize, J. (n.d.). Journal of Research in Childhood The Ecology of Parent-Child Communications about Daily Experiences in Preschool and Day Care The Ecology of Parent-Child Communications about Daily Experiences in Preschool and Day Care, (February 2015), 37–41. http://doi.org/10.1080/02568549209594830

Caffarelli, C., Cardinale, F., Povesi-Dascola, C., Dodi, I., Mastrorilli, V., & Ricci, G. (2015). Use of probiotics in pediatric infectious diseases. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, *7210*(October), 1–19. http://doi.org/10.1586/14787210.2015.1096775

Conejo-mir, J. J. D. J. (2016). Urgencias dermatológicas pediátricas en un hospital de tercer nivel ℭ, *83*(6).

Currie, B. J., & McCarthy, J. S. (2010). Permethrin and ivermectin for scabies. *The New England Journal of Medicine*, *362*(8), 717–725. http://doi.org/10.1056/NEJMct0910329

Dumaret, A., Duyme, M., & Tomkiewicz, S. (1997). Foster children: Risk factors and development at a Preschool age. *Early Child Development and Care*, *134*(January 2015), 23–42. http://doi.org/10.1080/0300443971340102

Friedman, J. A. (2006). Early Child Development and Care Health maintenance and illness prevention in childcare, (December 2014), 37–41. http://doi.org/10.1080/0300443880410116

Giallo, R., Treyvaud, K., Cooklin, A., & Wade, C. (2012). Mothers' and fathers' involvement in home activities with their children: psychosocial factors and the role of parental self-efficacy. *Early Child Development and Care*, (April 2015), 1–17. http://doi.org/10.1080/03004430.2012.711587

Goldust, M., Rezaee, E., Raghifar, R., & Hemayat, S. (2013). Treatment of scabies: the topical ivermectin vs. permethrin 2.5% cream. *Annals of Parasitology*, *59*(2), 79–84. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24171301

Goldust, M., Rezaee, E., Raghifar, R., & Naghavi-Behzad, M. (2013). Ivermectin vs. lindane in the treatment of scabies. *Annals of Parasitology*, *59*(1), 37–41.}

Hernandez Sampieri, R. (2010). *Metodología de la Investigación*.

Hodges, W. F., Wechsler, R. C., & Ballantine, C. (2008). Divorce and the preschool child. *Divorce and Remarriage*, *3*(February 2015), 55–67. http://doi.org/10.1300/J279v03n01

Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador. (2011a). Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011. *2011*, (x), 1–4.

Ministerio de Salud Publica. (2013). Manual del modelo de atención integral de salud. Ecuador.

Minuchin, S. (1986). Familias y Terapia Familiar. *Barcelona, Gedisa*

Osorio, A., & Alvarez, A. (2004). Introduccion a La Salud Familiar. *Curso de Posgrado En Gestion Local de Salud*, 1–69.

Palacios-alvarez, I., Rubio-mediavilla, S., Lezcano-biosca, V., & Simal, G. (2015). Pustulosis eosinofílica infantil Childhood eosinophilic pustulosis, *83*(6), 447–448.

Pita Fernández, S. (1990). Determinación del tamaño muestral. (U. D. Coruña, Ed.) *CAD ATEN PRIMARIA*(3), 138-41.

Pourhasan, A., Goldust, M., & Rezaee, E. (2013). Original papers Treatment of scabies, permethrin 5 % cream vs . crotamiton 10 % cream, *59*(3), 143–147.

Sistema Nacional de Información. (2013). *Buen Vivir plan nacional*. Recuperado el

13 de 11 de 2015, de http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-

vida-de-la-poblacion

Smilkstein, G. (1982). The Physician and Family Function. *Family Systems Med.*, 263-278.

Thomas, J., Peterson, G. M., Walton, S. F., Carson, C. F., Naunton, M., & Baby, K. E. (2015). Scabies: an ancient global disease with a need for new therapies.

Torresani, M. E. (2010). *Cuidado de la piel Pediátrico.* Argentina: Editorial Universitaria de Bs. As.

BMC Infectious Diseases, *15*(1), 250. http://doi.org/10.1186/s12879-015-0983-z

UNICEF. (2014). *OMS | Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado el 12 de 12 de 2015, de http://www. Who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/

Veien, N. K., Hattel, T., Justesen, O., & Norholm, A. (1982). [Superficial fungal infections of the skin]. *Ugeskr.Laeger*, *144*(0041-5782 (Print)), 2706–2708. http://doi.org/10.3810/pgm.2001.01.830

Wang, G., Gislum, M., Filippov, G., & Montgomery, S. (2015). Ac Pt, *31*(4), 785–794. http://doi.org/10.1185/03007995.2015.1014028.

Weihs, K., Fisher, L., & Baird, M. (2002). Families, Health and Behavior: A Section of the Commissioned Report by the Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy. *Fam Syst Health*, 7-46.

Zenarutzabeitia, A., & López, M. (Octubre de 2013). *El Medico Interactivo.* Recuperado el 14 de Enero de 2016, de http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema16/herramientas.htm.

11. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARENTAL

Yo: _____con CI: _____

Autorizo a _____estudiante del 4° semestre, para llevar a cabo el trabajo de investigación factores protectores y factores de riesgo relacionados con enfermedades diarreicas en niños de 1-3 años de las provincias de Loja, el Oro y Zamora Chinchipe**.** Mi hijo/a _____de _____ años de edad.

Conozco que la información derivada de esta investigación será confidencial y usada solamente para objetivos académicos y que mi participación y la de mi hijo no implican ningún peligro para mí o para él.

Como constancia firmo a los _____del mes de _____del 2016

Firma o huella dactilar: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ESTUDIO DE LOS FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO RELACIONADOS CON LAS INFECCIONES DERMATOLOGICAS EN NIÑOS 1 A 3 AÑOS

Señor Padre de Familia, sírvase llenar esta encuesta, por favor responde con sinceridad.

Nombre del encuestado(a):----------
Número de teléfono: ----------
Fecha de la encuesta (día/mes/año): ----------
Fecha de nacimiento del Padre/madre ----------
Identificación del niño/a CI: ----------
Fecha de nacimiento del niño/a (día/mes/año): ----------
Número total de integrantes de la familia: ----------
Número de hijo/a: ----------
Genero del niño/a: Masculino ------ Femenino -------
Lugar de residencia: El Oro ------- Loja ------ Zamora Chinchipe -------
Sector de residencia: Urbano ------- Rural -------
¿Con quién vive el niño en la casa, puede elegir más de una opción?
Madre------- Padre---------- Hermanos---------- Madrastra-----
----Tio/a--------- Abuelos------- Otros----------

Cuantas personas duermen en un dormitorio? ----------
¿Cuál es el nivel de educación de la madre del niño/a?
Sin estudios ---------- Superior Incompleta -------
Primaria incompleta ------- Superior Completa -------
Primaria completa --------- Posgrado -----
Secundaria incompleta ------ Otros -----
Secundaria completa -------
¿Cuál es la ocupación de la madre del niño/a?
Empleada pública ------- Quehaceres Domésticos ------
Empleada privada ------ Agricultura -------
Comerciante ------- Otros (describa) ----------
Respecto a los hábitos del niño/a, acerca del lavado de manos, responda:
Se lava las manos antes de ingerir alimentos Si------- No -----
Se lava las manos luego de realizar necesidades fisiológicas Sí ------ No ------
Respecto a los hábitos del niño/a, responda: el consumo de agua es:
Hervida ----- Potable ------- Le pone cloro -------
Tratada ----- Compra agua purificada --------- Otras ----------
Respecto al aseo personal del niño/a (bañarse)
Con que frecuencia baña su niño:
1 vez al día ( ) Cada 2 días ( ) Mas de 2 días ( )
De cuantas semanas nació el niño/a al momento del parto
< 37 semanas -------
> 37 semanas -------
> 41 semanas --------
¿Hasta qué edad el niño/a recibió seno materno?

Edad: ----------

¿Qué edad tenía su niño/a cuando empezó a ingerir alimentos distintos a leche materna o de leche de fórmula?

Edad: ---------

¿Su niño/a ha presentado infecciones dermatológicas (lesiones de la piel granitos, granitos con pus, picazón del cuerpo)?

Si ---------- No ----------

¿A qué edad presento el primer episodio de infección de la piel su niño?

Edad: ---------

¿Cuál cree que fue la causa que le provoco la infección a su niño?

_____

ANEXO 3

Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico del INEC 2010

Marque con una X según corresponda

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

1¿Cuál es el tipo de vivienda?

Suite de lujo

Cuarto (s) en casa de inquilinato

Departamento en caso o edificio

Casa/villa

Mediagua

Rancho

Choza/covacha/otro

2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:

Hormigón

Ladrillo o bloque

Adobe/tapia

Caña revestida o bahareque/ madera

Caña no revestida/ otros materiales

3 El material predominante del piso de la vivienda es de:

Duela, parquet, tablón o piso flotante

Cerámica, baldosa, vinil o marmitón

Ladrillo o cemento

Tabla sin tratar

Tierra/caña/otros materiales

4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?

No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar

Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha

Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha

Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha

5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:

No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar

Letrina

Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada

Conectado a pozo ciego

Conectado a pozo séptico

Conectado a red pública de alcantarillado

ACCESO A TECNOLOGIA

1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?

No

Sí

2 ¿Tiene computadora de escritorio?

No

Sí

3 ¿Tiene computadora portátil?

No

Sí

4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?

No tiene celular nadie en el hogar

Tiene 1 celular

Tiene 2 celulares

Tiene 3 celulares

Tiene 4 ó más celulares

POSESIÓN DE BIENES

1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?

No

Sí

2 ¿Tiene cocina con horno?

No

Sí

3 ¿Tiene refrigeradora?

No

Sí

4 ¿Tiene lavadora?

No

Sí

5 ¿Tiene equipo de sonido?

No

Sí

6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?

No tiene TV a color en el hogar

Tiene 1 TV a color

Tiene 2 TV a color

Tiene 3 o más TV a color

7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?

No tiene vehículo exclusivo para el hogar

Tiene 1 vehículo exclusivo

Tiene 2 vehículo exclusivo

Tiene 3 o más vehículos exclusivos

HÁBITOS DE CONSUMO

1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?

No

Sí

2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?

No

Sí

3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?

No

Sí

4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?

No

Sí

¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?

No

Sí

NIVEL DE EDUCACIÓN

1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?

Sin estudios

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Hasta 3 años de educación superior

4 ó más años de educación superior (sin postgrado)

Postgrado

ACTIVIDAD ECONÒMICA DEL HOGAR

Voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?

No

Sí

2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización,

seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, Seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?

No

Sí

3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?

Personal directivo de la administración pública y de empresas

Profesionales científicos e intelectuales

Técnicos y profesionales de nivel medio

Empleados de oficina

Trabajador de los servicios y comerciantes

Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros

Oficiales operarios y artesanos

Operadores de instalaciones y máquinas

Trabajadores no calificados

Fuerzas armadas

Desocupados

Inactivos

ANEXO 4

EXAMEN FÍSICO

Nombre del niño(a):----------

Identificación del niño/a CI: ----------

Fecha de nacimiento del niño/a (día/mes/año): ----------

Al realizar el examen físico del niño/a debe estar acompañado de su representante.

Se le indicara al representante que le retire la ropa y lo tenga al niño en ropa interior, y se procederá a realizar el examen físico en busca de lesiones dérmicas para detectar:

PIODERMITIS: son pequeñas pápulas eritematosas que evolucionan a una vesícula de pared delgada y se rompen rápidamente con exudado que se seca formando costras amarillentas melicéricas, localizadas en cara, cuello cabelludo y/o extremidades	SI ------ No ------
MICOSIS SUPERFICIAL: afecta la piel, pelo y/o uñas. Pueden ser una o varias lesiones caracterizadas por descamación, con zonas sin pelo, y/o grietas que van creciendo hacia afuera acompañadas o no de prurito, sin horario	SI ------- NO-------
ESCABIOSIS: prurito nocturno generalizado, polimorfismo, pápulas, placas eccematosas, escoriaciones con lesiones o surcos en cuello, pliegues de codo, muñecas, rodillas, cintura abdominal.	SI--------- NO-------

ANEXO 5

HOJA RUTA DE LA PROVINCIA LOJA

	PARROQUIA	CIBV	DÍA	NUMERO A ENCUESTAR
LOJA	SAN LUCAS	LANGA	23 de mayo	10
	SAN LUCAS	LOS GERANITOS	23 de mayo	10
SARAGURO	SARAGURO	EMBLEMATICO	23 de mayo	10
	SARAGURO	Uchilla Wawa Kunapak Wasi	23 de mayo	10
CELICA	CELICA	5 DE SEPTIEMBRE	24 de mayo	10
ZAPOTILLO	ZAPOTILLO	ZAPOTILLO	24 de mayo	10
CATAMAYO	CATAMAYO	EL PORVENIR	25 de mayo	10
	SAN JOSE	SAN JOSE	25 de mayo	10
LOJA	VILCABAMBA	CARITAS DE ANGEL	25 de mayo	10
LOJA	EL VALLE	ESTRELLITAS DEL FUTURO (PITAS)	26 de mayo	10
	EL VALLE	CARITAS FELICES	26 de mayo	10
	EL VALLE	BLANCA RUIZ DE GODOY	26 de mayo	10
	SAN SEBASTIAN	INFANCIA UNIVERSITARIA (TARDE)	26 de mayo	10
	SUCRE	PEDESTAL	26 de mayo	11
	EL SAGRARIO	JOSÉ CARRIÓN MORA	26 de mayo	10
Total				141

HOJA RUTA DE LA PROVINCIA EL ORO

CANTÓN	PARROQUIA	CIBV	DÍA	NUMERO A ENCUESTAR
MACHALA	MACHALA	Canguritos	16 de mayo	10
	PUERTO BOLIVAR	Mi segundo hogar puerto	16 de mayo	10
	PUERTO BOLIVAR	Manitas Inquietas	17 de mayo	10
	LA PROVIDENCIA	Lucerito	16 de mayo	10
	9 DE MAYO	Pedacito de cielo	17 de mayo	10
	MACHALA	Fernando Ugarte	16 de mayo	10
HUAQUILLAS	MILTON REYES	Alicia de Poveda	18 de mayo	10
	HUALTACO	Amiguitos de Winnie Pooh	18 de mayo	10
ARENILLAS	ARENILLAS	Magdalena Cabezas	18 de mayo	10
SANTA ROSA	SANTA ROSA	María de la Paz	18 de mayo	10
EL GUABO	EL GUABO	Raquel Aguilar de Serrano	19 de mayo	10
	EL CAMBIO	Súper Niño	19 de mayo	10
PASAJE	OCHOA LEÓN	Avelina Calderón	19 de mayo	10
CHILLA	CHILLA	26 de Agosto	20 de mayo	10
PORTOVELO	PORTOVELO	Dulces Sueños	20 de mayo	9
	PORTOVELO	Rayitos de Oro	20 de mayo	9
Total				158

HOJA RUTA DE LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE

CANTÓN	PARROQUIA	CIBV	DÍA	NUMERO A ENCUESTAR
ZAMORA	GUADALUPE	Arca de los pequeños traviesos	4 de Julio	8
YANTZAZA	CHICAÑA	Copitos de Nieve	4 de Julio	8
PAQUISHA	PAQUISHA	Rayitos de Luz	5 de Julio	8
NANGARITZA	GUAYSIMI	La Semilla	5 de Julio	8
EL PANGUI	PACHICUTZA	Franciscana	6 de Julio	8
	EL PANGUI	Los Solecitos	6 de Julio	8
YACUAMBI	28 DE MAYO	San José	7 de Julio	8
ZAMORA	ZAMORA	Caritas de ángel	7 de Julio	8
PALANDA	PALANDA	San Francisco del Vergel	8 de Julio	8
PALANDA	PALANDA	Nueva Esperanza	8 de Julio	
Total				79

ANEXO 6

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD: En meses transcurridos desde el nacimiento del niño/a hasta la fecha de la investigación	1 año de edad 2 años de edad 3 años de edad	1 año hasta 11meses 29 días 2 años hasta 2 11meses 29 días 3 años hasta 3 11meses 29 días	1 año 2 años 3 años
GENERO: Condición biológica masculina o femenina	Biológica	Fenotipo	1 Masculino 2 Femenino
PROVINCIA DE RESIDENCIA: División jurídica de mayor jerarquía del país constituida por uno o más cantones.	Territorial	Conformada por las provincias de Loja, el Oro, Zamora Chinchipe	1 Loja 2 El Oro 3 Zamora Chinchipe
SECTOR DE RESIDENCIA: Lugar donde vive el niño/a.	Urbano Rural	Cuenta con de servicios de infraestructura de: agua, luz eléctrica, aseo de calles y de otros de naturaleza semejante. Áreas geográficas ubicadas a las afueras de la ciudad donde se encuentra un asentamiento de viviendas que pueden estar dispersas o agrupadas	1 Urbano 2 Rural
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: Se refiere al máximo nivel educativo que cursa o cursó la madre	Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa	Persona que no sabe leer ni escribir Educación no concluida de primero a sexto grado Educación de primero a sexto grado	1 Analfabeta 2 Primaria incompleta 3 Primaria completa

de niño/a.	Secundaria incompleta Secundaria completa Hasta 3 años de educación superior 4 ó más años de educación superior Postgrado	Educación no concluida de primero a sexto curso Educación de primero a sexto curso Educación universitaria no concluida Educación universitaria concluida Estudios concluidos con título de 4| nivel.	4 Secundaria incompleta 5 Secundaria-completa 6 Superior incompleta 7 Superior completa. 8 Postgrado
TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN NÚMERO DE MIEMBROS: Lo define el número integrantes de la familia	Pequeña Mediana Grande	De 1 a 3 personas De 4 a 6 personas Superior a 6 personas	1 Pequeña 2 Mediana 3 Grande
TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN ONTOGÉNESIS: Lo define la presencia de los progenitores	Nuclear Monoparental Reconstituida Extensa Ampliada	Padre, madre y hermanos. Con uno de los padres. Con uno de los padres y madrastra o padrastro. Padre, madre, hermanos, abuelos, tíos u otros familiares. Con otras personas no familiares (empleada doméstica)	1 Nuclear 2 Monoparental 3 Reconstituida 4 Extensa 5 Ampliada
HÁBITOS HIGIÉNICOS: **Consumo de agua:** conocimientos y técnicas que realiza el individuo para el consumo del agua	Físico	Consume agua hervida o potable Consume agua sin hervir, de tubería, u otros medios	1 Consumo de agua segura 2 Consumo de agua insegura

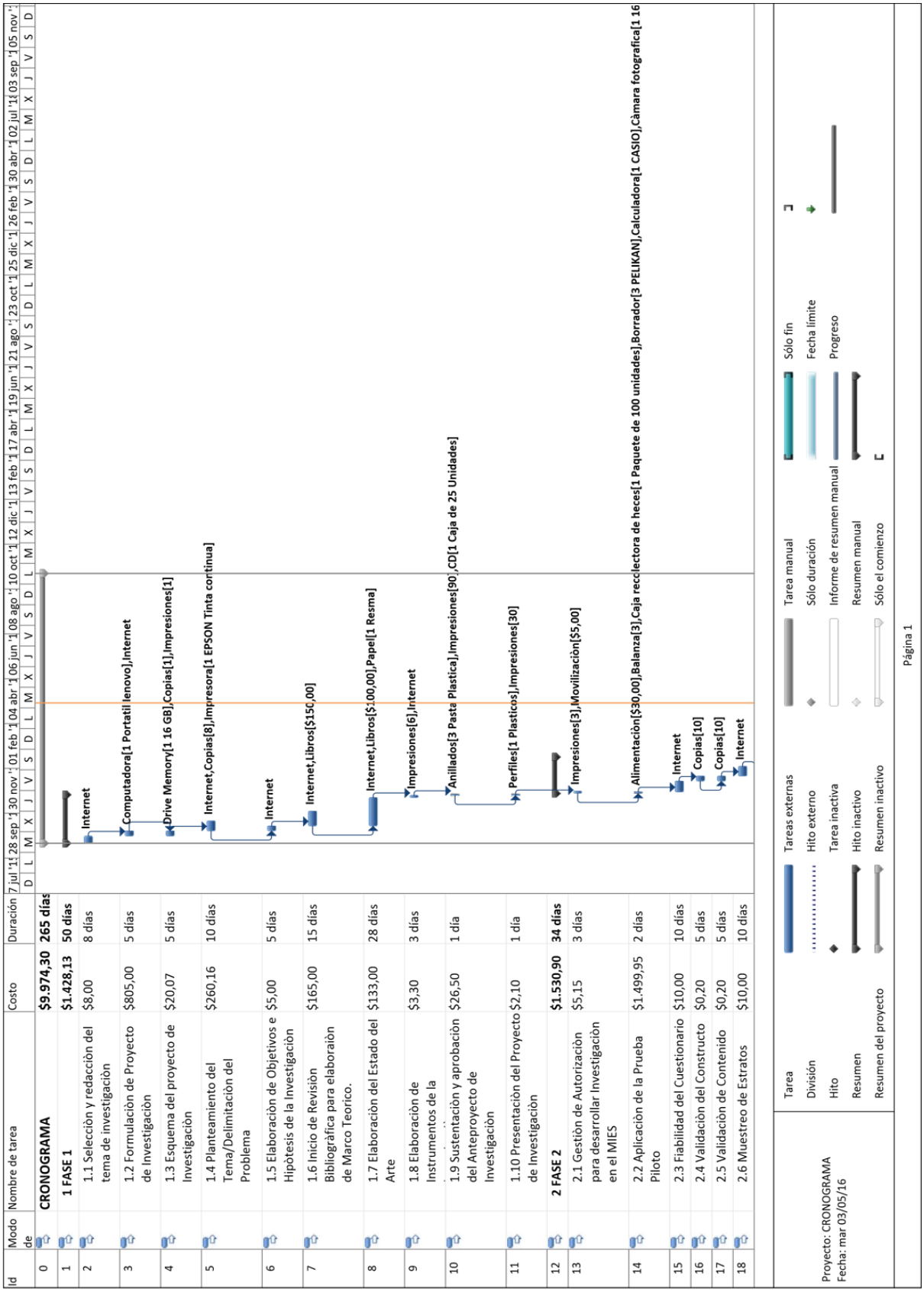
HÁBITOS HIGIÉNICOS: **Lavado de las manos:** Conocimientos y técnicas que realiza el individuo para la limpieza de las manos	Físico	Lavado de manos antes de ingerir alimentos y luego de realizar necesidades fisiológicas No lavado de manos antes de ingerir alimentos, ni luego de realizar necesidades fisiológicas	1 Lavado adecuado de las manos 2 Lavado inadecuado de las manos
HABITOS HIGIENICOS **Baño diario** Conocimientos y técnicas que realiza el individuo para el aseo de su cuerpo	Físico	Baño diario o pasando un día Baño después de dos días o mas	1 Baño adecuado 2 Baño inadecuado
NIVEL SOCIOECONÓMICO Valoración en consideración a la encuesta del INEC 2010	Estratificación Grupo A Grupo B Grupo C+ Grupo C- Grupo D	Grupo A 845,1 a 1000 puntos Grupo B 696,1 a 845 puntos Grupo C+ 535,1 a 696 puntos Grupo C- 316,1 a 535 puntos Grupo D 0 a 316 puntos	1 Grupo A 2 Grupo B 3 Grupo C+ 4 Grupo C- 5 Grupo D
HACINAMIENTO Número de personas por habitación.	Espacio físico	De cuantos cuartos dispone en el hogar exclusivos para dormir	1. --------- 2. --------- 3. ---------
Estado Nutricional Grado nutricional del niño	Biológico	Desnutrición Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad	1. Peso/talla 2. Peso/edad 3. IMC
DIAGNOSTICO DE	Biológico	Piodermitis: **:** son pequeñas	1 Piodermitis

LAS INFCCCIONES DERMICAS Identificación de una enfermedad en piel, mucosas, pelo o uñas, con el examen físico.		pápulas eritematosas que evolucionan a una vesícula de pared delgada y se rompen rápidamente con exudado que se seca formando costras amarillentas melicéricas, localizadas en cara, cuello cabelludo y/ extremidades Micosis superficial: afecta la piel, pelo y/o uñas. Pueden ser una o varias lesiones caracterizadas por descamación, con zonas sin pelo, y/o grietas que van creciendo hacia afuera acompañadas o no de prurito. Escabiosis/sarna: prurito nocturno generalizado, polimorfismo, pápulas, placas eccematosas, escoriaciones con lesiones o surcos en cuello, pliegues de codo, muñecas, rodillas, cintura abdominal.	2 Micosis superficiales 3.Escabiosis

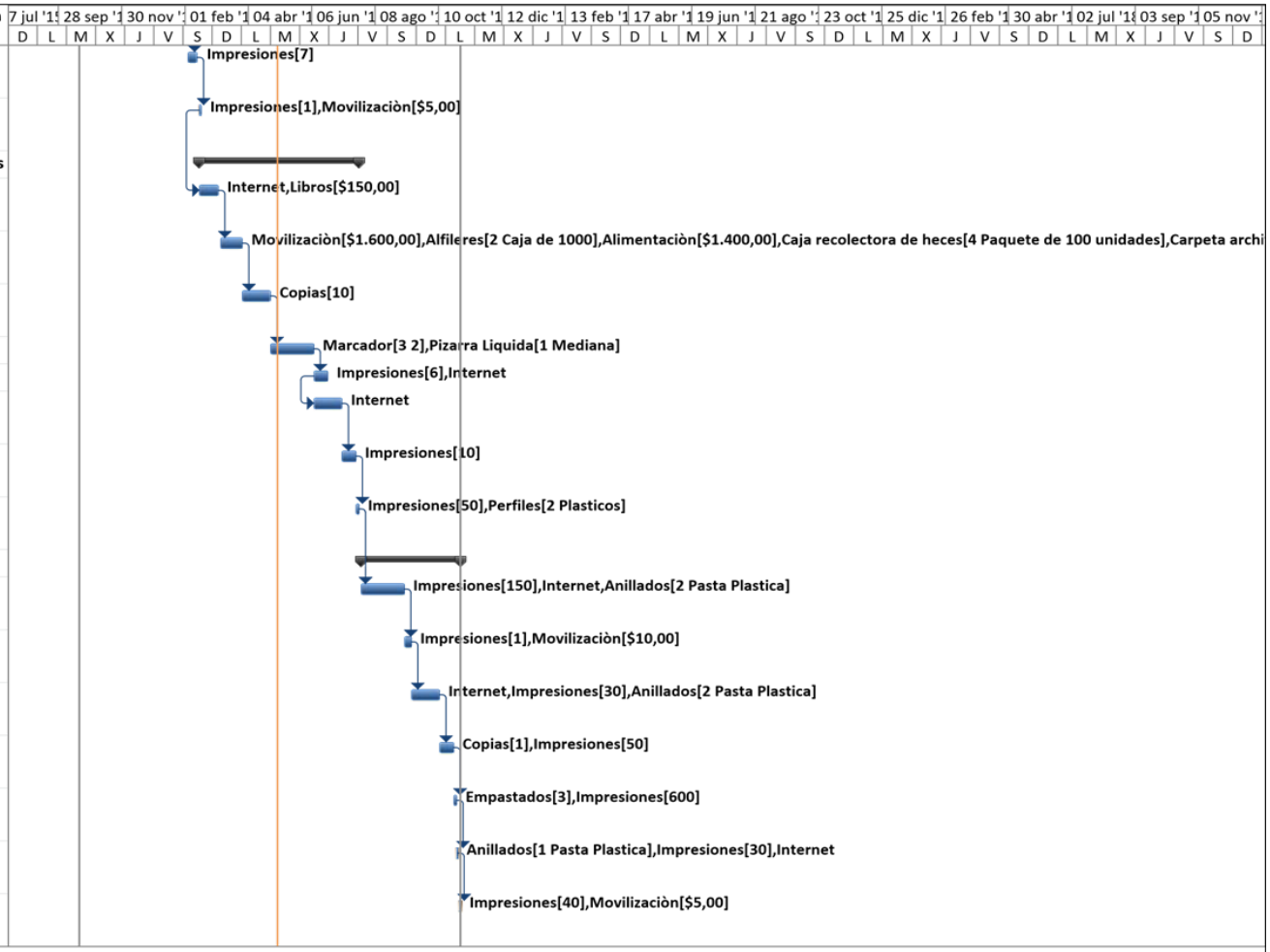
ANEXO 7

CRONOGRAMA

Id	Modo de	Nombre de tarea	Costo	Duración
0		**CRONOGRAMA**	**$9.974,30**	**265 días**
1		**1 FASE 1**	**$1.428,13**	**50 días**
2		1.1 Selecciòn y redacciòn del tema de investigaciòn	$8,00	8 días
3		1.2 Formulaciòn de Proyecto de Investigaciòn	$805,00	5 días
4		1.3 Esquema del proyecto de Investigaciòn	$20,07	5 días
5		1.4 Planteamiento del Tema/Delimitaciòn del Problema	$260,16	10 días
6		1.5 Elaboraciòn de Objetivos e Hipòtesis de la Investigaciòn	$5,00	5 días
7		1.6 Inicio de Revisiòn Bibliogràfica para elaboraiòn de Marco Teorico.	$165,00	15 días
8		1.7 Elaboraciòn del Estado del Arte	$133,00	28 días
9		1.8 Elaboraciòn de Instrumentos de la	$3,30	3 días
10		1.9 Sustentaciòn y aprobaciòn del Anteproyecto de Investigaciòn	$26,50	1 día
11		1.10 Presentaciòn del Proyecto de Investigaciòn	$2,10	1 día
12		**2 FASE 2**	**$1.530,90**	**34 días**
13		2.1 Gestiòn de Autorizaciòn para desarrollar Investigaciòn en el MIES	$5,15	3 días
14		2.2 Aplicaciòn de la Prueba Piloto	$1.499,95	2 días
15		2.3 Fiabilidad del Cuestionario	$10,00	10 días
16		2.4 Validaciòn del Constructo	$0,20	5 días
17		2.5 Validaciòn de Contenido	$0,20	5 días
18		2.6 Muestreo de Estratos	$10,00	10 días



Id	Modo de	Nombre de tarea	Costo	Duración
19		2.7 Elaboraciòn de la Hoja de Ruta	$0,35	5 días
20		2.8 Notificaciòn de CIBV Seleccionados al MIES	$5,05	2 días
21		**3 FASE 3**	**$6.825,20**	**113 días**
22		3.1 Finalizaciòn de Elaboraciòn de Marco Teorico	$165,00	15 días
23		3.2 Recolecciòn Informaciòn por Estratos	$6.596,50	15 días
24		3.3 Sistematizaciòn de Informaciòn	$0,20	20 días
25		3.4 Tabulaciòn de Datos	$29,00	30 días
26		3.5 Ingreso de Datos a SPSS	$10,30	10 días
27		3.6 Anàlisis e Interpretaciòn de Resultados	$20,00	20 días
28		3.7 Elaboraciòn de Conclusiones y	$0,50	10 días
29		3.8 Revisiòn de Avances por Director de Tesis	$3,70	3 días
30		**4 FASE 4**	**$190,07**	**70 días**
31		4.1 Elaboraciòn del Informe Final	$45,50	30 días
32		4.2 Socializaciòn del Informe Final	$10,05	5 días
33		4.3 Elaboraciòn del Articulo Cientifico	$29,50	20 días
34		4.4 Revisiòn e implementacion de correcciones	$2,52	10 días
35		4.5 Sustentaciòn y defensa de Tesis	$90,00	3 días
36		4.6 Publicaciòn de Tesis	$5,50	1 día
37		4.7 Entrega del Informe Final al MIES	$7,00	1 día



Proyecto: CRONOGRAMA
Fecha: mar 03/05/16

Tarea	Tareas externas	Tarea manual	Sólo fin
División	Hito externo	Sólo duración	Fecha límite
Hito	Tarea inactiva	Informe de resumen manual	Progreso
Resumen	Hito inactivo	Resumen manual	
Resumen del proyecto	Resumen inactivo	Sólo el comienzo	

Página 2

ANEXO 8

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
COSTOS DIRECTOS					
ELABORACIÓN DE PROYECTO	1,00	Global	1101,53	1101,53	Recursos propios
PRESENTACIÓN Y APROBACION PROYECTO	1,00	USD	92,32	92,32	Recursos propios
RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN SECUNDARIA	1,00	Global	185,40	185,40	Recursos propios
RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA	1,00	Global	3072,00	3072,00	Recursos propios
SISTEMATIZACIÓN, TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	1,00	Global	90,00	90,00	Recursos propios
ELABORACION DE DOCUMENTO TESIS	1,00	Global	85,05	85,05	Recursos propios
PRESENTACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE TESIS	1,00	Documentos	50,00	50,00	Recursos propios
DEFENSA PRIVADA Y PUBLICA DE TESIS	1,00	Global	130,00	130,00	Recursos propios
ASESOR PRINCIPAL DE TESIS	1,00	USD	0,00	0,00	Disponible
ASESOR EXTERNO	1,00	USD	0,00	0,00	Disponible
TOTAL COSTOS DIRECTOS				**4806,30**	
COSTOS INDIRECTOS					
MOVILIZACIÓN	15,00	Viajes y traslados	1625,00	1625,00	Recursos propios
ALIMENTACION Y HOSPEDAJE	15,00	Viajes	3430,00	3430,00	Recursos propios
INTERNET	12,00	Mensual	113,00	113,00	Recursos propios
TOTAL COSTOS DIRECTOS				**5168,00**	
TOTAL COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS				**9974,30**	
IMPREVISTOS (3%)				**299,23**	
TOTAL				**10273,53**	

ANEXO 9

Recolección de datos en la parroquia Chicaña

Parroquia Yacuambi

Digital Baby Scale

LESIONES DERMATOLÓGICAS

PIODERMITIS

ESCABIOSIS

MICOSIS SUPERFICIA

CERTIFICADO DE TRADUCCION DEL RESUMEN

CERTIFICACION

ARQUITECTA,
ANA BELÉN GONZÁLEZ COSTA
ENGLISH PROFICIENT (FINED TUNED ENGLISH INSTITUTE)

CERTIFICA:

HABER ASESORADO Y REALIZADO LA TRADUCCIÓN DEL RESUMEN DE LA TESIS INTITULADA: **"FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO RELACIONADOS CON INFECCIONES DERMATOLÓGICAS EN NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS DE LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR, ZONA 7. 2016"**, DE LA AUTORÍA DE LA DRA. RITA TORRES RODRÍGUEZ.

ES TODO CUANTO PUEDO CERTIFICAR EN HONOR A LA VERDAD, FACULTANDO AL INTERESADO HACER USO DE LA PRESENTE EN LO QUE CREYERE CONVENIENTE.

LOJA, 2 DE FEBRERO DEL 2017

ARQ. ANA BELÉN GONZÁLEZ COSTA
ENGLISH PROFICIENT (FINED TUNED ENGLISH INSTITUTE)
C.I. 1105227498
E.MAIL: gonzalezcostaanabe@gmail.com - 0980702668