

**“DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA POBLACIÓN DEL  
CAMPAMENTO TULULCHÉ I, MUNICIPIO DE CHINIQUE QUICHÉ,  
EN LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN  
DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA”**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**RUDY FRACCEDIS IXCARAGUÁ COTÓM**

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA,  
QUE PRACTICÓ EL EXÁMEN GENERAL PÚBLICO  
PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

**GUATEMALA, MARZO DE 2,001**

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

DL  
09  
T(570)

**JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA**

DECANO:	DR. CARLOS ALVARADO CEREZO
VOCAL PRIMERO:	DR. ANIBAL MIRANDA RAMÍREZ
VOCAL SEGUNDO:	DR. LUIS BARILLAS VÁSQUEZ
VOCAL TERCERO:	DR. CÉSAR MENDIZÁBAL GIRÓN
VOCAL CUARTO:	BR. EDGAR AREANO BERGANZA
VOCAL QUINTO:	BR. SERGIO ALEXANDER PINZÓN
SECRETARIO:	DR. OTTO RAÚL TORRES BOLAÑOS

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXÁMEN GENERAL PÚBLICO**

DECANO:	DR. CARLOS ALVARADO CEREZO
VOCAL PRIMERO	DR. MANUEL MIRANDA RAMÍREZ
VOCAL SEGUNDO:	DR. DANILO ARROYAVE RITTSCHER
VOCAL TERCERO:	DR. GUILLERMO ROSALES ESCRIBÁ
SECRETARIO:	DR. OTTO RAÚL TORRES BOLAÑOS



## ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA VIRGEN MARÍA

POR SER GUÍAS Y CENTRO DE MI VIDA.

A MIS PADRES

CÁSTULO IXCARAGÚA MARIN (+)  
COMO UN TRIBUTO A SU MEMORIA  
MANUELA COTOM VDA. DE IXCARAGÚA  
POR SU ABNEGACIÓN Y EJEMPLO.

A MI ESPOSA

THELMA YOLANDA IXQUIAC DE IXCARAGÚA  
POR SU AMOR, APOYO Y COMPENSIÓN.

A MIS HIJAS

THELMA MISHHELL, YASSMIN MARIELA Y YESSICA SUCELY  
UN EJEMPLO HACIA EL CAMINO POR RECORRER  
EN EL FUTURO.

A MIS HERMANOS

CARLOS HUMBERTO, MARIO RIGOBERTO,  
HUGO ROLANDO, ROSA ESTELA Y

EN ESPECIAL A

MIRIAM CONSUELO  
POR SU AYUDA Y CREER EN MI  
CON CARINO Y RESPETO.

A MI SOBRINA

THANIA IXSHEL  
CON CARINO.

A MIS SUEGROS

FRANCISCO IXQUIAC CHÓ  
EVERILDA COTÍ DE IXQUIAC  
POR SU AYUDA Y CARINO DE PADRES.

A MIS ABUELITOS

JOSÉ LÉON IXCARAGUÁ (+)  
MANUELA MARIN (+)  
BALERIANO COTOM (+)  
ESTEFANA GÓMEZ (+)  
FLORES SOBRE SU TUMBA.

EN ESPECIAL A MI ABUELITO POLÍTICO

JERÓNIMO IXQUIAC SAC  
CON CARINO.

**TESIS QUE DEDICO**

A GUATEMALA

A QUETZALTENANGO

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A MI MAESTRO Y AMIGO

DR. JULIO GUZMÁN MEZA

A MIS ASESORES

DR. DANILO ARROYAVE RITTSCHER  
DR. RODOLFO SOTO GALINDO  
DR. JULIO GUZMÁN MEZA



## **HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR**

Tengo el honor de someter a vuestra consideración, mi trabajo de tesis titulado "DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA POBLACIÓN DEL CAMPAMENTO TULULCHÉ I, MUNICIPIO DE CHINIQUE QUICHÉ, EN LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA".

Conforme lo demanda los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

Quiero expresar mi agradecimiento a los doctores Danilo Arroyave Rittscher, Rodolfo Soto Galindo y Julio Guzmán Meza, por su valiosa asesoría en la elaboración del presente trabajo y a todas las personas que me brindaron su colaboración para culminar felizmente mi carrera.

A ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, mis muestras de consideración y respeto.

**GRACIAS**

## INDICE

SUMARIO.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
OBJETIVOS GENERALES.....	36
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
VARIABLES.....	37
METODOLOGÍA.....	38
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	43
CONCLUSIONES.....	53
RECOMENDACIONES.....	55
LIMITACIONES.....	56
ANEXOS.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65



## SUMARIO

El presente trabajo de campo se llevó a cabo en el campamento de Tululché I en el municipio de Quiché, departamento de Quiché, con miembros de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), durante la fase de desmovilización e incorporación de los excombatientes a la vida ciudadana parte del cumplimiento de los Acuerdos de Paz, entre el Gobierno de Guatemala y la URNG.

Se efectuó un examen odontológico al 100% (#66), de la población adulta dentro del campamento. Dicha población se dividió en cuatro partes, ya que fueron cuatro Odontólogos Practicantes los que estuvieron a cargo de esta investigación, en el campamento mencionado.

Tanto la recolección de datos, como el trabajo de campo y el Procesamiento de la información, determinaron que el 60% de la población diagnosticada requirió atención dental inmediata, siendo la operatoria dental con restauraciones de amalgama de plata el tratamiento que en mayor porcentaje se brindó.

Las limitaciones que se confrontaron fueron esencialmente el idioma y materiales e insumos odontológicos.

Se recomienda dar un seguimiento a los tratamientos odontológicos realizados a los excombatientes de la URNG.



## INTRODUCCIÓN

El 29 de diciembre de 1996, culmina con la suscripción del acuerdo de Paz firme y duradera entre la URNG y el Gobierno de Guatemala, un proceso de 10 años encaminado a dar fin al enfrentamiento armado interno en Guatemala, las partes firmaron acuerdos de carácter sustantivo sobre temas que incluyeron Los Derechos Humanos, La Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, El Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigas por el Enfrentamiento Armado, aspectos socioeconómicos, situación agraria, fortalecimiento del poder civil y función del ejército en una sociedad democrática.

En los mismos acuerdos se estableció la conformación de la comisión de apoyo logístico, constituida el 18 de noviembre de 1996, dicha comisión sería coordinada por la Misión de Verificación de Naciones Unidas para Guatemala (MINUGUA) y contaría con representantes de la URNG, instituciones del gobierno de la república (Comisión Nacional para la Atención de Repatriados, Refugiados y Desplazados )-CEAR-, Comisión Presidencial para la Paz -COPAZ-, y la comunidad internacional a través del grupo llamado "GRUPO DE LOS CUATRO". El Sistema de Naciones Unidas, (representado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- y apoyada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud -OPS/OMS- y del Alto Comisionado de Naciones Unidas para Refugiados -ACNUR-). La Unión Europea -UE-; La Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos -USAID- y la Organización de los Estados Americanos -OEA-

Dentro de este acuerdo se contempla en Proyecto de Diagnóstico y Atención de Salud Integral, en la fase de desmovilización del plan de incorporación de URNG a la vida ciudadana, integrado por URNG, Ministerio de Salud Pública, Médicos del Mundo, Organización Panamericana de la Salud -OPS-, Universidad Misionera del Pobre -UMP- y Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC- a través de la Facultad de Odontología.

(31)



Se realizó la fase de diagnóstico de todos los excombatientes como base para la clasificación y determinación de la atención bucal. La segunda fase fue la intensificación para trabajar una población meta del 60% de la totalidad de concentrados. La tercera y última fase fue la elección de las piezas dentales a ser tratadas. (37)

Contribuyendo al fortalecimiento de la paz, la Universidad de San Carlos de Guatemala, delegó a través de la Facultad de Odontología, un total de 39 estudiantes del último año de la carrera de Cirujano Dentista para prestar sus servicios como tales, conociéndose de antemano que la atención de Salud Bucal es necesario para esta población que no ha contado con la misma durante treinta y seis años de guerra interna.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La población de excombatientes de la URNG, es considerada como una comunidad aislada y heterogénea por lo que se hizo necesario establecer sus mayores necesidades a nivel, médico, odontológico y psicológico.

Teniendo antecedentes de parte de miembros de la URNG, que una de las tres mayores necesidades de salud de la población desmovilizada es la odontológica y tomando en consideración que esta comunidad estuvo excluida de los servicios mínimos de salud pública necesarios.

Este trabajo estuvo encaminado esencialmente a describir las condiciones de salud o patología bucal y a tratar de establecer las necesidades odontológicas en la población desmovilizada de la URNG.



## JUSTIFICACIÓN

Los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala estando conscientes de las obligaciones académicas y sociales en el sector de salud dentro del proceso de Paz, colaboraron dando a conocer las necesidades en salud bucal de la población desmovilizada para orientar las acciones a seguir en un futuro inmediato.

Debido a tantos años de guerra, la mayoría de los miembros de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), permanecieron aislados, por muchos años, en áreas geográficas poco accesibles de la República de Guatemala, teniendo así escasa o ninguna atención odontológica.

Como parte de los Acuerdos de Paz, durante la fase de desmovilización, se tuvo contemplada la atención en salud bucal a los excombatientes concentrados en los diferentes campamentos de desmovilización.

Por tal motivo dichas necesidades odontológicas (operatoria, exodoncia, periodoncia, prótesis fija, prótesis parcial removible, y prótesis total), fueron diagnosticadas y atendidas por estudiantes del último año de la carrera de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante la fase de desmovilización.



## REVISIÓN DE LITERATURA

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

La guerra surgió como consecuencia de la contra revolución que en 1954 derrotó al presidente electo constitucionalmente: el coronel Jacobo Arbenz Guzmán y de la radicalización que ello provocó en los militares que se sublevaron en 1960, en contra del General Ydigoras Fuentes, que permitió en territorio guatemalteco el entrenamiento de los anticastristas que fracasaron posteriormente en Bahía Cochinos y en los actores políticos de la izquierda que tomaron el camino de las armas en 1962, luego de un escandaloso fraude electoral. Cuando las protestas civiles desarmadas reprimieron salvajemente con fusiles un contexto mundial de guerra fría. (39)

La lucha de clases en Guatemala llegó a niveles de confrontación armada a principios de la década de los 60, prolongándose con altibajos hasta la fecha. En su desencadenamiento se conjugaron condicionantes histórico-sociales, en antecedentes de la frustración de la democracia burguesa y su intento reformista de 1944-54, con toma de opciones políticas por los partidos y grupos de izquierda. No se puede señalar con precisión, por falta de datos, si también el proceso fue precedido por un desarrollo de la conciencia de clase de los sectores dominados o sus formas de organización, aunque parece evidente que las otras formas de lucha social no habían sido agotadas.(7)

Entre las vertientes están: una insubordinación entre los mismos oficiales para derrocar al régimen. Ningún guatemalteco imaginó que a partir de ese momento, cuando el calendario marcaba el 13 de noviembre de 1960, se iniciaría una de las etapas más oscuras y dolorosas de la historia de Guatemala. (14)

La intentona del 13 de noviembre de 1960 fue organizada por una tendencia conspirativa de oficiales, subalternos y superiores llamada la "Logia del Niño Jesús" y que en un principio abarcó cerca de 400 oficiales. Las motivaciones para la conspiración parecen haber sido las siguientes:



- A. Descontento por razones internas: con relación a las políticas del entonces Ministro de la Defensa Nacional, disgusto por corrupción y descuido en diversas ramas de la administración militar.
- B. Descontento por razones externas: los militares se resentían de los preparativos para la invasión a Cuba, que desarrollaba la brigada de exiliados cubanos llamada "2506" en los terrenos de la finca Helvetia, en Retalhuleu. Esto último se explica si se recuerdan los condicionantes de la ideología militar: soberanía nacional, no existencia de otros cuerpos armados en el país.
- C. Descontento contra el gobierno del General Ydígoras, por corrupción en la administración pública. (39)

La rebelión fracasó porque buena parte de los conjurados se retiraron de la misma a último momento. Ello se debió a que una tendencia considerada como muy izquierdista por el resto de oficiales buscaban imponerse en la dirección de la asonada.

Después del fracaso, un grupo de oficiales subalternos entre ellos: Luis Turcios Lima, Marco Antonio Yon Sosa, Luis Trejo Esquivel, Rodolfo Chacón, Zenón Reina, Augusto Loarca, Alejandro de León y otros, persistieron en su actitud conspirativa fundando el llamado "Movimiento Rebelde 13 de Noviembre" (MR-13) que inicia operaciones en 1961, con la ocupación de la población de Bananera, Izabal. (7)

Los dirigentes convencen a grupos políticos entre ellos el Partido Guatemalteco del Trabajo, -PGT-, o partido comunista y otros grupos de poder para participar con ellos.

Sin embargo, a las pocas semanas el MR-13 es tocado en sus cimientos, su principal líder Alejandro de León, es ultimado por el jefe de la Policía Judicial, Ranulfo González.

Simultáneamente surgen otros intentos golpistas como el del ex-ministro de la Defensa en tiempo de Jacobo Arbenz, Carlos Paz Tejada efectuado en Concuá, Baja Verapaz; y el de un hermano de Yon Sosa, sin embargo ambos fracasan en sus intentos. (24,25, 38).



Después de la caída de Arbenz Guzmán, los partidos pequeños-burgueses de la revolución de Octubre desaparecieron de la arena política subsistiendo únicamente el Partido Comunista de Guatemala, denominado Partido Guatemalteco del Trabajo-PGT-, expresión política de los trabajadores asalariados del campo y la ciudad y de los campesinos pobres. El PGT actuando en la clandestinidad y sometidos a una intensa y permanente persecución, había mantenido una actividad basada en impulsar la reorganización de los sectores populares y pequeños-burgueses progresistas. En 1960 su III Congreso había aceptado impulsar todas las formas de lucha y en 1961 el Comité Central había estimado que las condiciones estaban dadas para impulsar la lucha armada. De acuerdo a esa concepción, el PGT organizó en marzo de 1962 la apertura de un frente guerrillero en la región de Concuá, Baja Verapaz que había de operar bajo el nombre de "20 de Octubre".

El golpe militar del 30 de marzo de 1963 instauró un gobierno militar precedido por el ministro de la Defensa, coronel Enrique Peralta Azurdia de características autoritarias.

Este golpe pretendía resolver las contradicciones que tenían entre sí las facciones de la clase dominante y enfrentar el cuestionamiento que provenía de las clases populares. (7)

Según César Montes uno de los errores de Peralta Azurdia fue el enfrentar a la guerrilla de aquel entonces, tuvo aciertos y mantuvo un combate contra la corrupción y estableció el aguinaldo, pero comenzó a combatir a los del "13 de noviembre" después de derrocar a Ydígoras, entonces se inició la lucha contra Peralta Azurdia y en esos tres años ésta creció. (22)

Los insurgentes formaron diversas agrupaciones en diferentes épocas, entre las que sobresalen:

El Partido Guatemalteco del Trabajo - PGT - fundado en 1949

El Movimiento Revolucionario 13 de Noviembre - MR 13 - 1961

Fuerzas Armadas Rebeldes o - FAR - fundada en 1962

Organización del Pueblo en Armas - ORPA - fundada en 1971



Ejército Guerrillero de los Pobres - EGP - fundado en 1972

En el período que va desde principios de 1963 a fines de 1966, el movimiento guerrillero en Guatemala se desarrolla hasta alcanzar un auge momentáneo. Los aspectos más importantes de ese proceso son los siguientes:

**Políticos:** la guerrilla se planteó fundamentalmente como un movimiento militar de orientación socialista, políticamente representado por el PGT: se efectuó un intento de constituir un frente único, que ampliará el apoyo político a la guerrilla, llamado FUR. A partir de 1964 se presenta una facción divisionista de tendencia trostkista de la IV Internacional, la cual influye en el frente guerrillero de Yon Sosa, por medio de Francisco Amado, por eso dicho comandante se separó de las FAR y continuó independientemente con el nombre de Movimiento Rebelde 13 de Noviembre. (7)

Las FAR realizaron dos intentos de retomar la iniciativa, el primero el llamado la Concentración de 1968, que intentó reunir los restos de los grupos diezmados para abrir un nuevo frente, esta vez en la zona selvática del norte del país. En 1968 y 69 las columnas guerrilleras se internaron en la selva tropical, que separa el norte de los departamentos de Alta Verapaz y Quiché, del Petén. En la segunda intentona de 1971-72 las columnas guerrilleras permanecieron algunos meses en la selva realizando operaciones de hostigamiento, como la captura del campamento militar de las Tortugas, y eludiendo las patrullas militares enviadas en su contra, en esa intentona murió el último militar que pertenecía a las FAR teniente Rodolfo Chacón. (7)

En los 70 se inicia la modalidad de gobiernos institucionales precedidos por militares. El alto mando del ejército selecciona a su candidato y lo impone fraudulentamente a través del partido político o coalición de partidos que estima conveniente para apoyar institucionalmente a su elegido. Así asumieron los siguientes generales, al poder. Carlos Arana Osorio, Kjell Eugenio Laugerud García y Fernando Romeo Lucas García. (32)

En el período de la presidencia del general Kjell Eugenio Laugerud García (1974-78) no se repitió el esquema de olas de terror aunque si se produjeron asesinatos selectivos, como las



del abogado laborista Mario López Larrave, del secretario general del PGT Humberto Alvarado, así como hechos de violencia regionales en Ixcán norte del Quiché, como parte de las medidas contra las operaciones de la guerrilla del EGP y el de Chiquimula. (7, 12)

En 1978 dos nuevas organizaciones denominadas Ejército Guerrillero de los Pobres EGP y la Organización del Pueblo en Armas ORPA se suman a las ya existentes en zonas como Quiché y San Marcos.

En este mismo año, la comunidad nacional e internacional se ve conmocionada ante la masacre de Panzós, Alta Verapaz donde cerca de 100 campesinos mueren en manos del ejército, durante una protesta para exigir tierras, en ésta época la lucha contra insurgente se agudiza y la violencia aumenta. (38)

Hasta entonces la comunidad internacional se limitaba a condenar la violación contra los derechos humanos. Pero el 31 de enero de 1980, se vio forzada a aislar a Guatemala del contexto mundial. Varias decenas de personas mueren tras la ocupación de la Embajada de España en Guatemala, por activistas del Comité de Unidad Campesina -CUC-. Un comando de las fuerzas de seguridad intenta desalojarlos, lanzando bombas de fósforo blanco, de inmediato estallan bombas Molotov y el inmueble estalla en llamas. (32, 38)

A finales de 1982 las cuatro organizaciones insurgentes deciden unirse para darle vida a la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca - URNG -, el movimiento insurgente logra controlar varias regiones del occidente, norte, centro y sur del país. (12)

En 1982 se materializa un golpe de estado y los alzados entregan el poder a un triunvirato encabezado por el general Efraín Ríos Mont, existiendo mayor represión contra la población, estableciendo las Patrullas de Autodefensa Civil -PAC- que en un par de meses llegan a sumar casi un millón de integrantes.



En 1983 Efraín Ríos Mont es derrocado y asume el poder el general Oscar Humberto Mejía Victores, convocando a una Asamblea Constituyente para elaborar una nueva constitución política de la República y programa elecciones generales para 1985.

En 1985 se constituyó la Comandancia General de la URNG y se dieron a conocer las tesis de la unidad de las fuerzas revolucionarias.

En 1986, ante los sucesivos fracasos para lograr la estabilidad del país, el ejército se vio obligado a impulsar una nueva estrategia con fachada civil con la cual se propuso nuevamente, neutralizar el movimiento revolucionario y aislarlo tanto a nivel de la población como a nivel internacional. Paralelamente impulsó una campaña político diplomática que basada en su estrategia política pretendía aislar al movimiento revolucionario.

Esta maniobra aperturista contó con el apoyo reforzado de países como Israel y Taiwán, los que han estado presentes en todo el modelo contrainsurgente, pero en ese momento jugaron un papel principal dentro de la guerra política.

En 1986 toma posesión Vinicio Cerezo Arévalo, siendo el primer presidente electo de forma transparente, comenzando a negociarse con la insurgencia poniendo como condición que depusieran las armas, llevándose a cabo la primera reunión en El Escorial bajo la observancia del gobierno de España y el embajador guatemalteco Danilo Barillas.

En 1987 hubo un primer encuentro entre delegaciones de la URNG y el gobierno, ejecutándose en Madrid, España.

La mediación de la comisión Nacional de Reconciliación -CNR- precedida por Monseñor Rodolfo Quezada Toruño y asesorada por los ciudadanos notables Teresa Bolaños de Zarco y Mario Permuth logra la firma del acuerdo para la búsqueda de la paz, por medios políticos. (13, 38)



## LA NEGOCIACIÓN Y LOS ACUERDOS DE PAZ

Para poder llegar a la paz firme y duradera fueron varios acuerdos preliminares entre ellos tenemos:

### 1. El proceso de Contadora:

- 1.1 Nace el grupo y presenta su propuesta de paz el 9 de enero de 1983.
- 1.2 Los presidentes del istmo aceptan la propuesta el 9 de septiembre de 1983.
- 1.3 La ONU apoya al grupo de Contadora el 11 de noviembre de 1983.
- 1.4 Contadora presenta su primera Acta de Paz el 15 de abril de 1984.
- 1.5 Contadora presenta la última versión de Acta de Paz el 6 de junio de 1986.

### 2. La negociación indirecta comprende:

- 2.1 Primera reunión de presidentes de C.A. Esquipulas I, el 15 de mayo de 1986.
- 2.2 Procedimiento para establecer la paz firme y duradera en Esquipulas II el 7 de julio de 1987.
- 2.3 Garita de Alajuela. Evaluar la amnistía y democratización el 16 de julio de 1988.
- 2.4 Comisión Nacional de Reconciliación - CNR - y diálogo nacional el 7 de noviembre de 1988.
- 2.5 Comisión Nacional de Reconciliación -CNR<sup>1</sup>- logra que el Gobierno y la URNG firmen el Acuerdo de Oslo (paz por medios políticos), el 30 de marzo de 1990.

### 3. En el Acuerdo de Oslo se originaron algunas instancias entre ellas:

---

<sup>1</sup> NOTA: La Comisión Nacional de Reconciliación - CNR - esta formada por : El gobierno, la Iglesia Católica, Partidos Políticos, Ciudadanos Notables, Organizaciones de Trabajadores, Organizaciones Empresariales, Organizaciones de Cooperativas, Universidades, Colegios Profesionales, Iglesias, Cultos y otras denominaciones religiosas.



- 3.1 El Escorial o Instancia Polítca en junio de 1990.
- 3.2 Ottawa o Instancia del Sector Empresarial -CACIF- en septiembre de 1990.
- 3.3 Quito o Instancia Religiosa en septiembre de 1990.
- 3.4 Metepex o Instancia Sindical y Popular en octubre de 1990.
- 3.5 Atlixco o Instancia Académica, Profesional y pequeña empresa en octubre de 1990.

#### **4. La Negociación Directa comprende:**

- 4.1 El presidente Serrano Elías presenta un plan de Paz Total a la ONU, enero 1991.
- 4.2 El Gobierno y la URNG acuerdan la agenda y el procedimiento para desarrollar la negociación, abril 1991.
- 4.3 La URNG y el Gobierno firman el Acuerdo Marcó para la Búsqueda de una Paz Total por medios políticos, Acuerdo de Querétaro, junio 1991.
- 4.4 La URNG propone el documento: Una Paz Justa y Democrática, contenido de la Negociación, mayo 1993.
- 4.5 El gobierno propone documento: La Paz no es sólo la Ausencia de Guerra sino Creación del Conjunto de Condiciones que le permitan al Hombre Vivir sin Angustias ni Temores, junio 1992.

#### **5. Los seis acuerdos que corresponden a la negociación complementaria firmados por el Gobierno de Ramiro de León Carpio, son:**

- 5.1 Acuerdo Marco para la reanudación del proceso de negociación entre el Gobierno y la URNG, México, enero 1994.
- 5.2 Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, México, marzo 1994.
- 5.3 Acuerdo de calendarización de las negociaciones para una paz firme y duradera en Guatemala, México, marzo 1994.
- 5.4 Acuerdo sobre el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, Oslo, junio 1994.



5.5 Acuerdo sobre la creación de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico de las violaciones a los derechos humanos y a los hechos de violencia que han acusado sufrimiento a la población guatemalteca, Oslo, junio 1994.

5.6 Acuerdo sobre Identidad y Derechos a los Pueblos Indígenas, México, 31 de marzo de 1995.

## **6. Los puntos básicos del Acuerdo Marco son:**

6.1 Temario de negociación.

6.2 Moderación de las negociaciones bilaterales.

6.3 Asamblea de la Sociedad Civil (ASC).<sup>2</sup>

6.4 Papel de los países amigos (Colombia, USA, México, Noruega y Venezuela).

6.5 Procedimientos.

6.6 Mecanismos de verificación

Los cinco temas sustantivos que discutió la ASC fueron: El Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, Identidad y Derecho de los Pueblos Indígenas, Aspectos socioeconómicos y Situación Agraria, Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejército en una Sociedad Civil, Reformas Constitucionales y Régimen Electoral.

## **1. Los puntos que regula el Acuerdo Global sobre Derechos Humanos son:**

- Compromiso general con los Derechos Humanos.
- Fortalecimiento de las instancias de protección de los Derechos Humanos.
- Compromiso en contra de la impunidad.

---

<sup>2</sup> La ASC estaba integrada por 5 diputados por cada instancia (Escorial, Ottawa, Quito, Metepec y Atlixco) cinco representaciones Mayas, Mujeres, ONG's, periodistas, Centros de Investigación y Organización de Derechos Humanos.



- Compromiso de que no existan cuerpos de seguridad ilegales y aparatos clandestinos y regulación de la portación de armas.
- Garantías para las libertades de asociación y movimiento.
- Coscripción militar.
- Garantías y protección a las personas y entidades que trabajan en la protección de los derechos humanos.
- Resarcimiento y /o asistencia a las víctimas de la violencia de los derechos humanos.
- Verificación de la ONU (MINUGUA).

**2. El acuerdo de Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado Comprende:**

- Definiciones, principios y objetivos de una estrategia global de reasentamiento de las poblaciones desarraigadas por el enfrentamiento armado.
- Garantías para el reasentamiento de las poblaciones desarraigadas.  
Integración productiva de las poblaciones desarraigadas y desarrollo de las áreas de reasentamiento.
- Arreglos institucionales.
- Disposición final.

**3. El acuerdo sobre la Comisión para el Esclarecimiento Histórico de las Violaciones a los Derechos Humanos y los Hechos de Violencia que ha causado sufrimiento a la Población, comprende:**

- Finalidades
- Integración
- Compromiso de las partes
- Medidas de ejecución inmediata después de la firma del presente acuerdo.
- Período

- Funcionamiento Instalación y Duración
- Informe.
- Verificación internacional.

#### **4. El acuerdo sobre identidad y derechos de los pueblos indígenas comprenden:**

- Identidad de los pueblos indígenas.
- Lucha contra la discriminación.
  - Lucha contra la discriminación legal y de hecho.
  - Derecho de la mujer indígena.
  - Instrumentos internacionales.
- Derechos culturales:
  - Idioma
  - Nombres, apellidos y toponimia
  - Espiritualidad
  - Templos, Centros ceremoniales y lugares sagrados.
  - Uso del traje.
  - Ciencia y Tecnología
  - Reforma educativa
  - Medios de comunicación masiva.
- Derechos civiles políticos, sociales y económicos:
  - Marco constitucional
  - Comunidades y autoridades indígenas locales
  - Regionalización
  - Participación a todos los niveles
  - Derecho consuetudinario
  - Derecho relativos a tierras de los pueblos indígenas.



- Comisiones paritarias
- Recursos
- Disposiciones Finales.

#### **5. Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria:**

- Democratización y desarrollo participativo.
  - Participación y concertación social.
  - Participación de la mujer en el desarrollo económico y social.
- Desarrollo social:
  - Educación y capacitación
  - Saludos cordiales
  - Seguridad social
  - Vivienda
  - Trabajo
- Situación agraria y desarrollo rural:
  - Participación
  - Acceso a tierra y recursos productivos
  - Estructura de apoyo
  - Organización productiva de la población rural
  - Marco legal y seguridad jurídica
  - Registro de la propiedad inmueble y catastro
  - Protección laboral
  - Protección ambiental
  - Recursos
- Modernización de la gestión pública y política fiscal:

- Modernización de la administración pública
- Política fiscal.

**6. Acuerdo sobre el Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejército en una sociedad Democrática.**

- El estado y su forma de gobierno
- El organismo Legislativo
- Sistema de justicia
- Organismo ejecutivo
  - Agenda de seguridad
  - Seguridad pública
  - Ejército
  - Presidencia de la República
  - Información e inteligencia
  - Profesionalización del servidor público.
  
- Participación social
- Participación de la mujer en el fortalecimiento del civil
- Aspectos operativos derivados de la finalización del enfrentamiento armado (1, 2, 6, 9, 13, 15, 20, 23).

Luego de la suscripción de estos acuerdos sustantivos, se firmaron una serie de acuerdos en torno a los diversos aspectos operativos y técnicos del fin del enfrentamiento. De tal suerte el 4 de diciembre de 1996, se firmó el Acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego en la Ciudad de Oslo, Noruega. En el mismo se definió la estrategia para la incorporación de los excombatientes de la URNG a la vida ciudadana, empezando por su desmovilización.

Entre los Acuerdos se incluye la salud, las partes coinciden en la necesidad de impulsar una reforma del sector nacional de salud. Dicha reforma debe ser orientada hacia el efectivo



ejercicio por la población del derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna y el efectivo desempeño por el estado, dotado de los recursos necesarios, de su obligación sobre la salud y asistencia social. (1)

En el Acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego, se estableció la conformación de la Comisión de Desmovilización de Excombatientes y de Apoyo Logístico, constituida el 18 de diciembre de 1996, como marco para el diseño e implementación de la estrategia de desmovilización.

La fase de desmovilización se pensó para que, en un plazo de 60 días a partir del denominado "Día D", los excombatientes concentrados y desarmados en 8 campamentos, cuya ubicación fue seleccionada por la comandancia de la URNG y de la MINUGUA de acuerdo con las áreas de acción del grupo desmovilizado. Para ello se programó que un tercio de los excombatientes abandonaran los campamentos en cada uno de los tres períodos: del día "D+43" al día "D+48", del Día "D+49" al día "D+54", del día "D+55" al día "D+60" (Acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego, Art. 28). Como resultado de la negociación fue fijado específicamente el día 3 de marzo de 1997 como "Día D", con lo que la fase de desmovilización había de concluir el 3 de mayo de 1997. (31)

Durante su estancia en los campamentos los excombatientes debían ser atendidos en tres ejes estratégicos:

1. Orientación vocacional e inserción a la vida productiva.
2. Documentación y reunificación familiar.
3. Educación y salud.

El 29 de diciembre de 1996 con la presencia de 10 Jefes de Estado, Armando Calderón Sol (El Salvador), Roberto Reina (Honduras), Violeta Chamorro (Nicaragua), José María Figueres (Costa Rica), Ernesto Pérez Valladares (Panamá), Ernesto Zedillo (México), Rafael Caldera (Venezuela), Ernesto Samper (Colombia), el Jefe de Gobierno Español José



María Aznar, y el Gobierno como testigos de honor, el Presidente de la República Alvaro Arzú Irigoyen, los Comandantes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG -, suscribieron el acuerdo de paz firme y duradera, que pone fin al conflicto armado de 36 años, durante una ceremonia celebrada en el Palacio Nacional. (14, 16)

En medio de la algarabía que se vivió en el parque central, el Presidente de la República Alvaro Arzú, acompañado del Comandante Guerrillero Rolando Morán, encendieron al pie de la bandera la llama de la paz, que simbolizó el fin del conflicto armado en el país.

Después del 29 de diciembre, sólo habrá concluido una etapa del proceso de pacificación, la negociación, la vía política que se eligió para ponerle fin al enfrentamiento armado interno. A partir de aquí, el Gobierno tendrá que cumplir con su papel de representante de la paz, en función.

#### **Incorporación de la Universidad de San Carlos a través de la Facultad de Odontología.**

En enero de 1997, una comisión de la URNG, OPS y Ministerio de Salud se entrevistó con el Decano de la Facultad de Odontología Dr. Danilo Arroyave, el cual nombró al Doctor Rodolfo Soto como Representante de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud Integra en la Desmovilización e Incorporación de la URNG a la Vida Ciudadana.

La Comisión de Salud estaba integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-, la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-FO-, Unión Europea -UE-, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos -USAID-, Médicos sin Fronteras Francia -MSF-F-, Médicos del Mundo España -MDM-E, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud -OPS/OMS, que juntos conformaban: **La Comisión Multisectorial para Prestación de Servicios de Salud**



**Integral en la Fase de Desmovilización e Incorporación de la URNG a la vida ciudadana. (31)**

Los odontólogos practicantes solicitados a la Facultad de Odontología debían de llenar ciertos requisitos como el ser voluntarios, disponer de 60 días, en los cuales se programaron las actividades hasta los domingos y sin poder salir de los campamentos. Para elegir un total de 39 Odontólogos Practicantes se efectuó un sorteo entre los 60 estudiantes que querían participar. (27)

Por lo anterior la Junta Directiva de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, transcribió el PUNTO PRIMERO del Acta No. 1-97 de la sesión celebrada el día 17 de enero de 1997 que literalmente dice:

**PRIMERO:** Participación de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud, derivado de los Acuerdos de Paz: La Junta Directiva tomando en consideración lo resuelto por el Consejo Superior Universitario en el Punto Décimo Noveno del Acta No. 29'96 de su sesión celebrada el día 27 de noviembre de 1996 y de acuerdo con la recomendación del Consejo Académico de esta Facultad, acordó:

- 1.1 Apoyar la participación de la Facultad de Odontología en el Proceso de Paz, integrándose al equipo multidisciplinario que participará en el programa Extraordinario de Salud en los campamentos de la URNG.
- 1.2 Que los estudiantes que voluntariamente se integren en ese programa que permanezcan por dos meses en los campamentos de la URNG, puedan elegir cualquiera de las opciones siguientes, en cuanto a su desempeño curricular en la Facultad de Odontología:
  - a) Que la actividad extraordinaria desarrollada durante esos dos meses en los campamentos de la URNG, sea equivalente a cuatro meses efectivos de su E.P.S.Los Odontólogos Practicantes que optaron por ésta son:



O.P. Marcia Roulet Pellecer  
 O.P. Juan Carlos Villegas  
 O.P. María del Rosario Batres  
 O.P. Luis Paredes  
 O.P. Carolina Arango  
 O.P. Adrián Alvarado  
 O.P. Rubén Sagarínaga  
 O.P. María Monzón  
 O.P. Luisa Ramírez

- b) Que realicen un trabajo de investigación en el campamento asignado, elaborando de acuerdo con los lineamientos de la Comisión de Tesis de esta Facultad, quien tendrá a su cargo la asesoría y aprobación de dicho trabajo, el cual se constituirá en la tesis de graduación. (17)

**Los Odontólogos Practicantes que optaron por esta opción son:**

O.P. Rudy Ixcaraguá	O.P. Claudia Barrientos
O.P. Vanessa Karla Paola Noguera Morales	O.P. Sandra Aguilar
O.P. Lidia Waleska Tejaxún Campos	O.P. Delita Tonti
O.P. Neyda Yesenia Zuleta Bonilla	O.P. Bayron Olivar
O.P. Juan Ignacio Asencio	O.P. Julio Anleu
O.P. Lester Molina	O.P. José Juárez
O.P. Rudy Ramírez	O.P. Sara Sandoval
O.P. César Roulet Méndez	O.P. José Carranza
O.P. Demetrio López	O.P. David Batres
O.P. Mario Medina	O.P. Fredy Hernández
O.P. Patricia Campbell	O.P. Mario de León
O.P. Mildred Tatiana Herrera España	O.P. Arturo Castillo
O.P. Juan Sebastian Rodríguez	O.P. Leonel Sinaí



O.P. Mario Illescas

O.P. Wagner Monterroso

O.P. Carlos Mogollón

O.P. Luis Carlos Herrera

Previo a la Fase de Desmovilización fue necesario realizar un taller para dar a conocer e informar la homogenización del Plan de Diagnóstico y Atención de Salud, el cual tuvo como objetivos:

1. Orientar sobre el Plan de Atención Integral, formas de ejecución, normas de atención y procedimientos de referencia y funcionamiento de salud dentro del campamento.
2. Orientar sobre las funciones del Equipo de Salud Interno, de la Comisión Local de Salud, del Equipo Coordinador, y del Equipo de Apoyo.
3. Orientar sobre los programas de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental, de atención médica, salud bucal y salud mental.
4. Orientar sobre los talleres de Salud Mental.
5. Acercamiento inicial entre las partes. (31)

Durante la fase de desmovilización se contempló la atención integral de salud a los excombatientes y militantes concentrados en los diferentes campamentos de desmovilización.

El plan de Diagnóstico y atención Integral de Salud contempló los programas de:

1. Vigilancia Epidemiológica y Saneamiento Ambiental:
  - Vacunación (Sarampión y Tétanos).
  - Desparasitación (Sistémicas y Externas).
  - Administración de micronutrientes, Vitamina A, Hierro, Ácido Fólico.
  - Control de calidad de agua (Medición de cloro residual).
  - Control de residuos líquidos y sólidos.
  - Control de vectores.

- Charlas educativas y promocionales a grupos.

## 2. Programas de Atención Médica:

- Identificación, clasificación y procedimientos de referencia y prioridad de atención.
- Diagnóstico individual, elaboración de ficha clínica.
- Atención médica por demanda.
- Obtención de muestras de laboratorio (aspectos técnicos).
- Orientación e intercambio de normas de atención sobre malaria, tuberculosis, enfermedades parasitarias (sistemáticas y externas).
- Manejo biológico.

## 3. Programas de Salud Mental:

- Talleres sobre Salud Mental.
- Llenado de fichas de salud mental.

## 4. Programa de Salud Bucal:

- Criterios de atención dental, clasificación y priorización de atención.
- Examen odontológico y llenado de fichas.
- Rotación de personal para procedimientos odontológicos: exodoncias, operatoria, tratamiento periodontal. (37)

Responsabilidades asumidas en el Plan por las diferentes Instituciones participantes:

### 1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS:

- Preparar , elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
- Fortalecimiento de los servicios de salud.



- Coordinación de mecanismos de referencia.
- Procesar muestras de laboratorio.
- Facilitar y asegurar la cadena fría.
- Facilitar recurso humano e insumos para fumigar.
- Asesorar al equipo coordinador y a la Comisión de Salud Local.
- Facilitar la cooperación de epidemiólogos.
- Papelería para la administración de servicios ofrecidos.

2. Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-

- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
- Conducir a nivel del Equipo de Salud Interno la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de todos los programas de Plan.
- Dar atención médica directa.
- Dar seguimiento, control de calidad, mantenimiento a la red de abastecimiento de agua y al tratamiento de residuos.
- Facilitar la coordinación de las instituciones a nivel local.
- Desarrollar el componente de salud mental.

3. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología - USAC-FO:-

- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
- Proporcionar 39 estudiantes del 5to. Año de la Facultad de Odontología para la atención bucal.
- Aportar la mayor parte de equipo e instrumental odontológico para el trabajo.
- Supervisión de actividades de salud bucal.

4. Médicos del Mundo de España -MDM-E:-

- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
- Participar en la ejecución de plan.
- Corresponsable a nivel del Equipo de Salud Interno en la planificación,



ejecución y evaluación del Programa de Atención Médica.

- Administrar los recursos financieros de la Unión Europea, para la compra y abastecimiento de los insumos de la atención integral en salud de los campamentos.
- Movilización de personal de salud y enfermos para referencias médicas.

• Grupo Guerrillero: Ejército Guerrillero de los pobres -EGP-

#### 5. Médicos sin Fronteras Francia -MSF-F-:

- Construir la red de abastecimiento de agua y dar seguimiento a su control, calidad y mantenimiento, así mismo lo relacionado con el tratamiento de residuos.
- Capacitar al personal de mantenimiento de la red de abastecimiento de agua.
- Supervisar los campamentos para garantizar las medidas de saneamiento ambiental.

• Situado dentro del denominado triángulo del

#### 6. Universidad Misionera del Pobre -UMP-:

- Instalar, reparar y mantener el equipo odontológico en cada campamento.
- Participar en las actividades de salud bucal y dos técnicos flotantes por cada campamento.
- Suministrar compresores para el equipo odontológico.

• Clima: Templado, noches frías, lluvias frecuentes.

#### 7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

-OPS/OMS-:

- Dirección técnica de las diferentes etapas del proceso.
- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
- Asesorar al equipo coordinador y a la Comisión de Salud Local.
- Administrar los recursos financieros de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos -USAID- para el fortalecimiento de la red de servicios de referencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- (31)

• Ubicación de las principales edificaciones.



## DESCRIPCIÓN DEL CAMPAMENTO TULULCHÉ I

- Campamento Tululché I, Chinique, El Quiché:

- Ubicación del lugar.
- Coordenadas: 15 02'21" N-91 01'40"
- Grupo Guerrillero: Ejército Guerrillero de los pobres -EGP-
- Número de excombatientes: Tululché I: 264
  - 185 Hombres
  - 52 Mujeres
  - 27 Niños.
- Descripción topográfica del área en general:
  - ◆ Zona de montaña.
  - ◆ Situado dentro del denominado triángulo Ixil.
- Descripción topográfica del punto:
  - ◆ Explanada central de unos 200 x 200 m. Circundante a ella hay otras de varios tamaños, oscilando entre los 100 y los 400 m. cuadrados.
- Clima: Templado, noches frías, lluvias frecuentes.
- Vías de Acceso:
  - ◆ Solamente una vía de entrada. Es un camino de unos 1800m. que llega al campamento desde la carretera Santa Cruz de Quiché-Zacualpa-Joyabaj.
  - ◆ Aproximadamente a 1500m. del campamento, sobre el camino citado.
- Tipo de Edificación:
  - ◆ Techo de lámina de zinc, madera contrachapeada para forro de paredes, aislantes de duroport. (21,28, 31)
- Ubicación de las principales edificaciones.

En la parte central se encontraba el puesto de mando, en la parte de enfrente de éste el campo de fútbol, en su parte de atrás, el puesto de MINUGUA para realizar el desarme y a un costado la clínica médico dental. En la sección médica se encontraba un encamamiento, una sala de estar y dos cuartos destinados a dar atención a los excombatientes.

Dividido por una pared de madera se encontraba la Clínica Dental en donde se colocaron 3 sillones, 3 unidades dentales, 3 taburetes, una bodega para los materiales y una sección con entrepaños que sirvió para colocar las bandejas y el instrumental de uso inmediato.

Los compradores fueron colocados en la parte de afuera a unos 25 metros para evitar la contaminación por el ruido.

A un costado de la Clínica Médico Dental daba inicio un sistema construcciones en donde se albergaron los excombatientes.

■ Equipo de Salud Interno (E.S.I.)

Se conformó con un miembro de médicos del Mundo de España, tres médicos y 5 paramédicos de la URNG y cuatro representantes de la USAC.

■ Cruz Roja Española:

La Cruz Roja Española participó con 2 miembros quienes se encargaron de repartir víveres.

La función fue coordinar todo el trabajo de salud que incluyó:

- ◆ Vigilancia epidemiológica
- ◆ Saneamiento ambiental
- ◆ Consulta médica incluyendo emergencias
- ◆ Consulta odontológica y sus emergencias



Este trabajo en equipo permitió tener un mejor control del desarrollo de toda la actividad de salud en general.

### **ASPECTOS BIOLÓGICOS Y DISCIPLINAS DE LA ODONTOLOGÍA QUE ABARCA LA PRESENTE INVESTIGACIÓN**

**PERIODONCIA:** Se refiere a la prevención y tratamiento de la enfermedad periodontaria, trata los tejidos blandos que rodean al diente, encía libre, adherida, ligamiento periodontal, hueso y cemento. (10, 11)

La enfermedad periodontal, incluye todas las enfermedades del periodonto existiendo diferentes tipos, considerando los cambios patológicos como inflamatorios, degenerativos o neoplásicos. (5)

**PERIODONTITIS:** Enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte, caracterizada por reabsorción de la cresta interdientaria y bolsas periodontales (11). Es el tipo de enfermedad más frecuente y resulta de la extensión del proceso inflamatorio iniciando en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte. La siguiente clasificación incluye todas las formas de enfermedad periodontal destructiva crónica:

1. **Periodontitis marginal**, en la cual la destrucción de los tejidos periodontales, inflamación, formación de bolsas y pérdida ósea es causada por la placa dentobacteriana.
2. **Periodontitis juvenil**, que constituye un grupo especial de lesiones avanzadas en adolescentes y adultos jóvenes. La cual se divide en generalizada vinculada con enfermedades sistémicas y localizada que se caracteriza por lesiones angulares profundas en primeros molares e incisivos en adolescentes saludables.



3. **Periodontitis ulcerosa necrosante**, por lo general es una secuela destructiva avanzada de la gingivitis ulcero necrosante aguda. (5)

**GINGIVITIS:** La gingivitis (inflamación de la encía) es la forma más frecuente de enfermedad gingival. En todas sus formas está presente la inflamación porque la placa dento bacteriana que la produce y los factores irritantes que favorecen su acumulación, suelen presentarse en el medio gingival. (5)

La secuencia de los hechos en el desarrollo de la gingivitis se analiza en tres diferentes etapas:

1. **Etapa I:** Clínicamente, la reacción inicial de la encía a la placa dento bacteriana no es evidente. Esta reacción vascular es en esencia la dilatación de capilares e incremento del flujo sanguíneo.
2. **Etapa II:** Conforme pasa el tiempo, aparecen signos clínicos de eritema, también puede presentarse hemorragia durante el sondeo.
3. **Etapa III:** En esta los vasos sanguíneos se obstruyen y congestionan el resultado es anorexia gingival localizada, la cual superpone un matiz azuloso en la encía enrojecida.

El tipo más frecuente de enfermedad gingival es la afección inflamatoria simple que provoca la placa dento bacteriana al adherirse a la superficie del diente. Este tipo de gingivitis es denominada gingivitis marginal crónica o simple.

Entre otros tipos de enfermedad gingival están:

1. Gingivitis ulcerosa necrosante aguda.
2. Gingivoestomatitis herpética aguda.
3. Gingivitis alérgica.
4. Muchas dermatosis inducen tipos característicos de enfermedad gingival.
5. Gingivitis condicionada por factores sistémicos.
6. La reacción gingival a una variedad de agentes patológicos produciendo agrandamiento.



7. En la encía puede aparecer distintos tumores benignos y malignos. (5)

### **INDICE COMUNITARIO DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL (ICNTP)**

Está diseñado para medir en forma directa el porcentaje de un determinado grupo de pobladores que requiere tratamiento complejo, tratamiento periodontal o educación en salud bucal.

El registro de los códigos del ICNTP se pueden hacer en 3 minutos aproximadamente, el método es práctico para la descripción preliminar de la necesidad de tratamiento periodontal, durante la discriminación inicial del estado de salud bucal en una población para la planificación del tratamiento es necesario saber, si las bolsas profundas están ubicadas en un mismo sextante o en los diferentes sextantes.

Después del tratamiento, el ICNTP vuelve a ser útil para vigilar el mantenimiento de la salud periodontal.

Se recomienda para las encuestas epidemiológicas, aunque los resultados así obtenidos pueden sobrevalorar las necesidades del tratamiento periodontal en las personas jóvenes y no llegar a identificar ocasionalmente a algún paciente adulto, con destrucción localizada avanzada del periodonto.

**OPERATORIA DENTAL:** Parte de la odontología que estudia todos los procedimientos destinados a evitar y curar la enfermedad de los dientes (caries dental) reparando la destrucción causada por la misma. El término operatoria dental comprende la profilaxix de la caries, obturación y restauración de las piezas dentales afectadas. (3, 29)



**CARIES DENTAL:** Es una degeneración progresiva y localizada de los dientes, que se inicia por desmineralización superficial de los tejidos duros debido a los ácidos orgánicos, como el ácido láctico elaborado por los microorganismos de la placa bacteriana entre los que están: microplasma, levaduras, protozoarios, virus en diferentes proporciones, streptococcus mutans, colonia de cocos. Spectrococcus Sanguis, especies de lactobacillus, actinomyces viscosus, streptococcus salivarius, actinomyces naeslundii, bacteroide y espiroquetas. (10, 33)

**PROTESIS TOTAL:** Rama de la prótesis dental que reemplaza la pérdida total de los dientes naturales en ambas arcadas o solamente en una. (10, 30)

Están indicadas:

- Cuando existen maxilares sanos, relaciones intermaxilares normales.
- Estado general satisfactorio.
- Cuando por medio de cirugía se puede llegar a obtener un reborde adecuado.
- Ausencia de estomatitis u otras patologías agudas o crónicas. (30)

**PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE:** Es la rama de la prótesis dental que se dedica al reemplazo de los dientes perdidos y de los tejidos que lo rodean a través de la utilización de piezas y tejidos presentes, mediante la planeación diseño y construcción de prótesis que serán removidas por el paciente, contribuyendo de esta manera al confort y estética del paciente, siendo sus indicaciones: la longitud del espacio edéntulo que contraindique el uso de prótesis fija, ausencia de dientes posterior al espacio edéntulo, soporte periodontal disminuido en los dientes remanentes, necesidad de estabilización del arco cruzado para contrarrestar las fuerzas laterales y antero posteriores, pérdida excesiva del hueso del reborde residual usando una base de dentadura con un parcial removible para devolver la parte perdida del reborde residual, necesidad de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción. (18, 19, 35, 36)



**PROTESIS FIJA:** Es la prótesis que reemplaza los dientes en una arcada parcialmente desdentada, la cual puede constar de una, dos o más piezas, con una unión rígida, intermedia, o una sola pieza, la cual no puede ser retirada de la boca. Este tratamiento está indicado, cuando las piezas periodontalmente están sanas, si los retenedores están bien diseñados y si el espacio edentulo es corto y recto. (4, 26, 34)

**EXTRACCION DENTARIA:** Es sacar un diente o muela de su posición o alvéolo (10). Piezas que presenten destrucción dentaria profunda y/o destrucción de dos o más superficies dentales, con dolor agudo y movilidad, restos radiculares con o sin sintomatología, piezas dentales incluidas o supernumerarias, en condiciones periodontales agudas o crónicas, las cuales no pueden ser tratadas periodontalmente, traumatismo y proceso patológico. (10, 40)

#### **PREVENCION Y EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL:**

El proceso de prevención comprende todos los esfuerzos para oponer barreras a los progresos de la enfermedad en cada uno y todos sus períodos, o sea al igual que en el diagrama, todos los esfuerzos apuntando como la flecha en dirección contraria a la enfermedad.

Los periodos de prevención se subdividen en niveles, de acuerdo con los mecanismos implicados. Estos niveles son:

**Primer Nivel:** Promoción de la salud es inespecífico, es decir no está dirigido hacia la prevención de la enfermedad. Comprende todas las medidas encaminadas a mejorar la salud general del individuo. Ejemplo: Nutrición óptima, ambiente agradable, vivienda saludable, condiciones adecuadas de trabajo, entretenimiento, descanso (período de vacaciones), etc.

Crear condiciones favorables para que el aparato estomatognático se mantenga en estado de salud.



**Segundo Nivel: Protección Específica.** Consiste en una serie de medidas para la prevención de la aparición o recurrencia de una enfermedad en particular. Ejemplo: Control de placa dento bacteriana para prevención de caries y enfermedad periodontal, vacunas, fluoruración del agua de consumo, Aplicación Tópica de Fluor, etc.

**Tercer Nivel: Diagnóstico y Tratamiento Precoces.** Comprende la prevención secundaria. Comprende las medidas destinadas a poner en evidencia a la enfermedad y tratarla, en las primeras etapas del período clínico. A este nivel son de gran utilidad las radiografías dentales de mordida o interproximales. Las afecciones se hallan en estado inicial, la mayoría de ellas podrían y deberían ser tratadas por el clínico general. Las periodontopatías pueden ser tratadas por métodos relativamente simples que en conjunto, constituyen lo que podríamos llamar tratamiento periodontal menor y que incluye:

- a) Raspado gingival y subgingival.
- b) Desgaste selectivo (balance oclusal)
- c) Corrección de posibles factores generales predisponentes.

**Cuarto Nivel: Limitaciones de la Incapacidad.** Este nivel incluye medidas que tienen como fin limitar el grado de incapacidad producido por la enfermedad. La enfermedad periodontal se encuentra en fase más avanzada, ha producido destrucciones de consideración.

El tratamiento tiene que ser necesariamente aplicado por el especialista.

Los métodos constituyen el tratamiento periodontal mayor:

- Gingivectomía
- Osteotomía
- Osteoplastia
- Gingivoplastia
- Aparatos de contención (férulas).



**Quinto Nivel:** Rehabilitación del Individuo. Abarca tanto la rehabilitación física como psicosocial, ya que la enfermedad ha causado gran destrucción del hueso alveolar, con la consiguiente pérdida de piezas dentarias. En algunos casos sería necesario todo un trabajo completo de rehabilitación bucal. Con los avances de la odontología moderna se pueden tomar en cuenta en este nivel: implantes, injertos de tejidos duros, injertos de tejidos blandos, etc.

El ser humano es un armonioso ente morfológico, fisiológico y psíquico y no un conjunto de estos componentes por separado.

Por lo que la aplicación de la prevención se refiere primariamente al individuo como ente total y sólo en segundo término a la enfermedad o al órgano y órganos afectados.

La odontología preventiva se define como la suma total de los esfuerzos destinados a fomentar, conservar y/o restaurar la salud del individuo, por medio de la promoción, mantenimiento y/o restitución de su salud bucal.

Los componentes de la fisiología preventiva son:

1. Considerar al paciente como una entidad total.
2. Tratar dentro de nuestra competencia de mantener la salud.
3. Tratar con todos los medios a nuestro alcance de detener el avance de la enfermedad.
4. Al mismo tiempo tratar de rehabilitar al paciente física, psicológica y socialmente.
5. Proporcionar al paciente el conocimiento, la competencia y motivación necesarios para mantener su salud, así como ayudar a conservar la de su familia y su comunidad.

## **OBJETIVOS GENERALES**

1. Diagnosticar el estado de salud bucal de los excombatientes de URNG, en la fase de desmovilización en el campamento de Tululche I.
2. Implementar acciones de promoción, prevención y tratamientos dirigidos a controlar el proceso de las enfermedades bucales más comunes de los excombatientes.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Evaluar y determinar a través del examen clínico de la cavidad bucal la presencia de caries, enfermedad periodontal, prótesis parcial, fija y total, espacios edéntulos, restauraciones presentes y piezas indicadas para extracción.
2. Cuantificar las necesidades de tratamiento dental de acuerdo a criterios del plan de tratamiento establecidos por URNG.
3. Establecer campañas educativas, para la promoción de la salud bucal.
4. Brindar la atención mínima curativa del daño odontológico mediante acciones preventivas de curación de los tejidos duros y blandos al 60% de los excombatientes de los campamentos.



## VARIABLES

### DEFINICION DE VARIABLES:

1. **SEXO:** Condición psico-biológica que distingue varón de hembra (hombre - mujer). (8)
2. **EDAD:** Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual (8)
3. **DIAGNÓSTICO:** Identificación de una enfermedad o fenómeno mediante la evaluación clínica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de pruebas analíticas y otros procedimientos. (8)
4. **ETNIA:** Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias. (8)

### INDICADORES DE LAS VARIABLES:

1. **SEXO:** Por observación, en base a las características físicas generales de cada sexo, diferenciándolas entre masculino y femenino.
2. **EDAD:** Se anotará lo que el entrevistado refiera en años cumplidos hasta la fecha actual.
3. **DIAGNÓSTICO:** Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico será anotada aquí, basado en la inspección, palpación y sondeo periodontal, determinando así la presencia de caries dental, enfermedad periodontal, exodoncia y presencia de espacios edéntulos determinando así la restauración o el tipo de prótesis a usar (prótesis parcial fija, prótesis total y prótesis parcial removible), clasificando a los pacientes según severidad de dolor dental e inflamación gingival, en código rojo, amarillo, verde o blanco.
4. **ETNIA:** Se clasificará a los pacientes como: indígenas y ladinos, de acuerdo al grupo étnico al que pertenezcan.

## METODOLOGÍA

### **POBLACIÓN:**

El estudio se realizó con la población general de excombatientes de la unidad Revolucionario Nacional Guatemalteca (URNG), en el campamento Tululché I concentrados durante el período de desarme y desmovilización.

La presente investigación fue realizada en el Campamento Tululché el cual fue dividida en 4 grupos de 66 excombatientes cada uno; este trabajo de campo corresponde a 66 personas equivalentes al 25 % de la población, evaluándoseles según los parámetros aquí mencionados.

### **INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:**

Se utilizo una ficha clínica diseñada especialmente para este fin, conteniendo cada una de las variables en estudio. Esta ficha contiene:

- **DATOS GENERALES:** Los cuales se obtuvieron interrogando al paciente sobre: nombre, edad, sexo, escolaridad, etc.
- **HISTORIA MEDICA ANTERIOR:** En ella se realizó la anotación de los problemas médicos que el paciente ha padecido, determinando aquellos que puedan requerir cuidados especiales durante el tratamiento odontológico, haciendo su anotación en color rojo.
- **HISTORIA ODONTOLÓGICA ANTERIOR:** En ella se anotaron los problemas dentales que el paciente ha sufrido, si ha tenido visitas previas al dentista, etc.



- **DIAGNOSTICO:** Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico se anotó acá, basado en la inspección, palpación, sondeo periodontal e interrogación del paciente.

En un odontograma se realizó la anotación gráfica de los hallazgos clínicos encontrados en el proceso del examen bucal, señalando la localización específica de los hallazgos.

Incluye un plan de tratamiento en donde se realizó un listado de tratamientos requeridos idealmente por el paciente en el campo odontológico en el orden de prioridad presente.

Parámetros para la realización del diagnóstico:

#### **Periodoncia:**

#### **Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal:**

Este tipo de índice nos ayuda a identificar a la persona en la población afectada por una enfermedad específica y también da valor a la enfermedad que se estudia en una escala graduada. Es fácil de utilizar, permite el examen en un corto período de tiempo, define las lesiones clínicas objetivamente, es fácil de analizar estadísticamente.

Toda la dentición se divide en seis segmentos, como unidades básicas de examen para el registro de las necesidades de tratamiento. Para que participe en el registro el sextante debe de tener por lo menos dos dientes en función. Si existe solamente un diente su registro se incluirá en el sextante adyacente.

Para esta encuesta epidemiológica se examinaron 12 piezas:

2,4	6,8	12, 14
30, 28	23,22	20,18

Se utilizó un código numérico de 0 a 4 :

- CODIGO 0: Periodonto sano, no necesita tratamiento alguno.
  
- CODIGO 1: En el sextante no existen bolsas periodontales, ni sarro ni obturaciones desbordantes pero si hay sangrado tras un sondeo correcto, el paciente solo necesita instrucciones de higiene bucal y profilaxis.
- CODIGO 2: El surco no excede de 3mm., se sienten cálculos durante el sondeo supra o subgingivales, se pueden encontrar márgenes defectuosos de una obturación o prótesis fija. Hay sangrado al sondeo.  
El paciente debe mejorar su higiene bucal, necesita detartraje y alisado radicular.
- CODIGO 3: Se encuentran bolsas periodontales de 4 a 5 mm., hay cálculos supra y subgingivales. El paciente necesita detartraje, alisado radicular e instrucciones de higiene bucal.
- CODIGO 4: Bolsas de 6 o más mm., movilidad dental, sangrado espontáneo y profuso, lesión de furca, cálculos supra y subgingivales. El cambio de color de margen gingival es evidente. El paciente requiere tratamiento periodontal complejo, detartraje profundo alisado radicular, curetaje subgingival inclusive cirugía y antibioterapia.

Para registrar los resultados solo se toma en cuenta el código máximo por sextante, por lo que el código más alto, requerirá las necesidades de tratamiento de los códigos menores.

Las terceras molares solamente se consideran cuando reemplazan la función de las segundas molares. Las piezas indicadas para extracción no se toman en cuenta.

Para la recolección de datos del índice periodontal se utilizó un espacio de la ficha de recolección general de datos, solamente se le agregó el número de pieza a sondear



ubicándolo sobre el odontograma de la ficha y al pie de éste las anotaciones de cambio de color, contorno, consistencia, presencia de cálculos, exudado y sondeo.

**Caries:**

Se diagnosticó por examen clínico verificando con el explorador la presencia de cavidad, irregularidad del esmalte y cambio de coloración o al momento de preparar una cavidad, clasificándolas en: Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV, Clase V y Clase VI.

**Exodoncia:**

Se tomó en cuenta la destrucción dentaria profunda, destrucción de 2 o más superficies dentales, dolor severo, movilidad excesiva, restos radiculares y traumatismos.

**Prótesis:**

**PRÓTESIS FIJA:** Se diagnosticó en las arcadas parcialmente desdentadas, de una o más piezas, con una unión rígida intermedia. Indicada en piezas sanas periodontalmente, espacio edéntulo unilateral corto y recto.

**PRÓTESIS REMOVIBLE:** Cuando el espacio desdentado no se encuentre limitado en ambos extremos por dientes, espacios largos y pilares deficientes.

**PRÓTESIS TOTAL:** Cuando una o ambas arcadas se encuentren totalmente desdentadas, piezas o restos radiculares de éstas, están indicadas para extracciones múltiples.

**CRITERIOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES BUCALES  
PARA LA POBLACIÓN, META ESTABLECIDA POR LA URNG**

Se clasificaron los pacientes según la severidad del dolor dental, destrucción severa de tejidos duros o severa inflamación gingival de la siguiente manera:

ROJO:	Caso urgente de tratamiento inmediato.
AMARILLO:	Caso con algunas urgencias de tratamiento.
VERDE:	Con patología a tratar en etapa posterior.
BLANCA:	Piezas sin caries ni patología de tejidos blandos.

**1. Para identificar las piezas a ser obturadas se priorizaron un promedio de cinco piezas por persona de acuerdo a:**

- Priorizar las primeras o segundas molares permanentes superiores e inferiores y anteriores superiores con dolor leve, moderado o severo.
- Caries y/o fractura dentaria con extensión de 2 o más superficies sin afección pulpar.

**2. Para identificar las piezas indicadas para exodoncia, se priorizó un promedio de tres piezas por persona de acuerdo a:**

- Piezas que presenten destrucción dentaria de dos o más superficies, abscesos dentarios, dolor agudo o movilidad.
- Restos radiculares con o sin sintomatología.

**3. Priorizar los tratamientos periodontales de acuerdo a:**

- Pacientes que presenten encía con inflamación, presencia de cálculos y sangrado. (36)

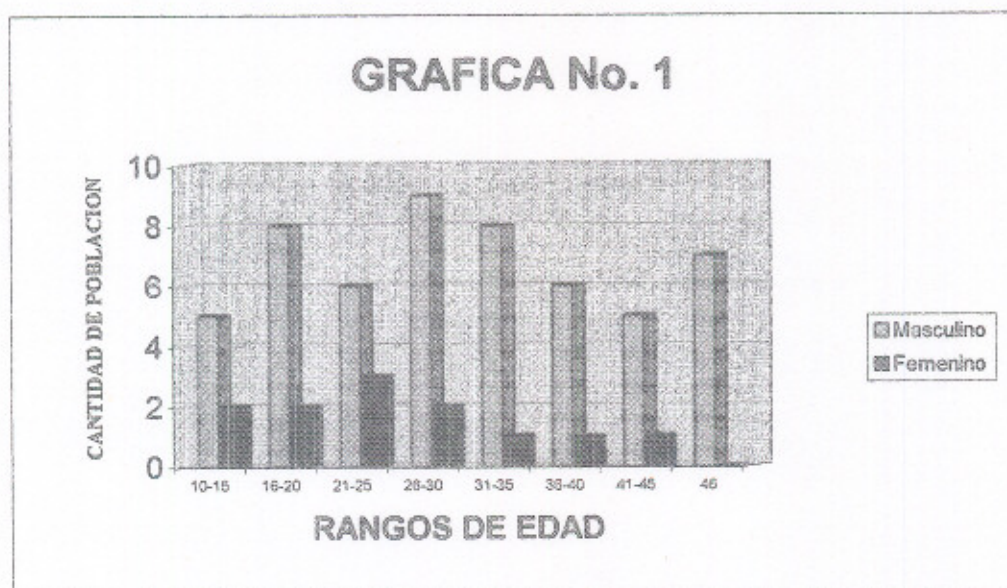


# PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO TULULCHÉ I, CHINIQUE, EL QUICHÉ. EN EL AÑO DE 1997 POR SEXO Y EDAD

EDAD	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
10-15	5	7.60	2	3.10	7	10.70
16-20	8	12.10	2	3.10	10	15.20
21-25	6	9.10	3	4.50	9	13.60
26-30	9	13.60	2	3.00	11	16.60
31-35	8	12.10	1	1.50	9	13.60
36-40	6	9.10	1	1.50	7	10.60
41-45	5	7.60	1	1.50	6	9.10
> 46	7	10.60	0	0.00	7	10.60
<b>TOTALES</b>	<b>54</b>	<b>81.80</b>	<b>12</b>	<b>18.20</b>	<b>66</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Datos obtenidos de la investigación de campo.



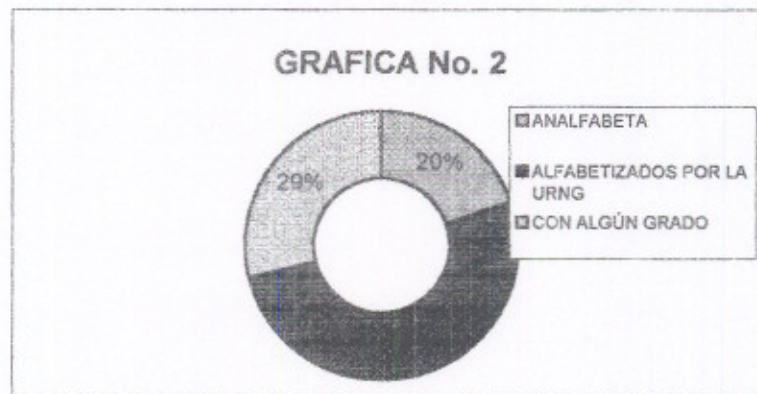
En la gráfica anterior se puede observar que hubo predominio del sexo masculino sobre el femenino.  
Es importante observar en cuanto a la edad que la mayor parte son adolescentes y adultos jóvenes.



DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CONFORMADA POR EXCOMBATIENTES DE LA URNG EN EL CAMPAMENTO TULULCHE I. CHINIQUE, QUICHÉ, POR ESCOLARIDAD EN LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1,997.

ESCOLARIDAD	No. de PACIENTES	%
ANALFABETA	13	19.70
ALFABETIZADOS POR LA URNG	34	51.52
CON ALGÚN GRADO	19	28.78
TOTALES	66	100.00

Fuente: Datos obtenidos de la investigación de campo.

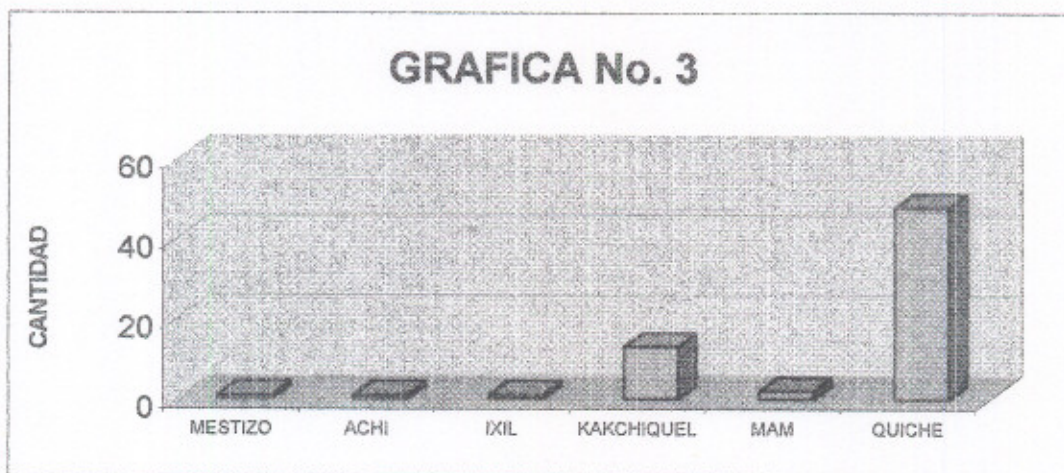


El mayor porcentaje de la población evaluada son alfabetizados por la URNG y muchos de ellos con algún grado de escolaridad.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CONFORMADA POR EXCOMBATIENTES DE LA URNG EN EL CAMPAMENTO DE TULULCHÉ I, CHINIQUE, QUICHÉ, POR ETNIA EN LOS MESES DE MARZO Y ABRIL, DE 1,997.

ETNIA	No. PACIENTES	%
MESTIZO	1	1.52
ACHI	1	1.52
IXIL	1	1.52
KAKCHIQUEL	13	19.89
MAM	2	3.03
QUICHE	48	72.72
TOTAL	66	100.00

Fuente: Datos obtenidos de la investigación de campo.



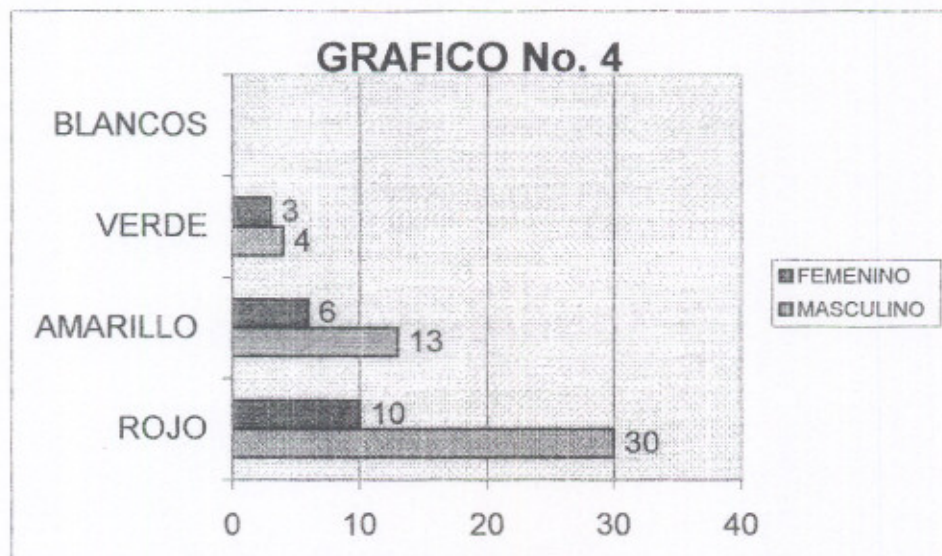
En la gráfica anterior se pudo observar que la etnia indígena que predominó es Quiché, la segunda en importancia fue la etnia Kakchiquel y las etnias minoritarias fueron la Achí, Ixil y una persona que se autodenominó Mestiza, que puede interpretarse que pertenece a la etnia ladina.



DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CONFORMADA POR EXCOMBATIENTES DE LA URNG EN EL CAMPAMENTO DE TULULCHÉ I, CHINIQUE, QUICHÉ, POR CÓDIGOS DE TRATAMIENTO EN LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1,997.

TRATAMIENTO	No. DE PACIENTES		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
ROJO	30	10	40	60.6
AMARILLO	13	6	19	28.79
VERDE	4	3	7	10.61
BLANCOS	0	0	0	0
TOTALES	47	19	66	100

Fuente : Datos obtenidos de la investigación de campo.



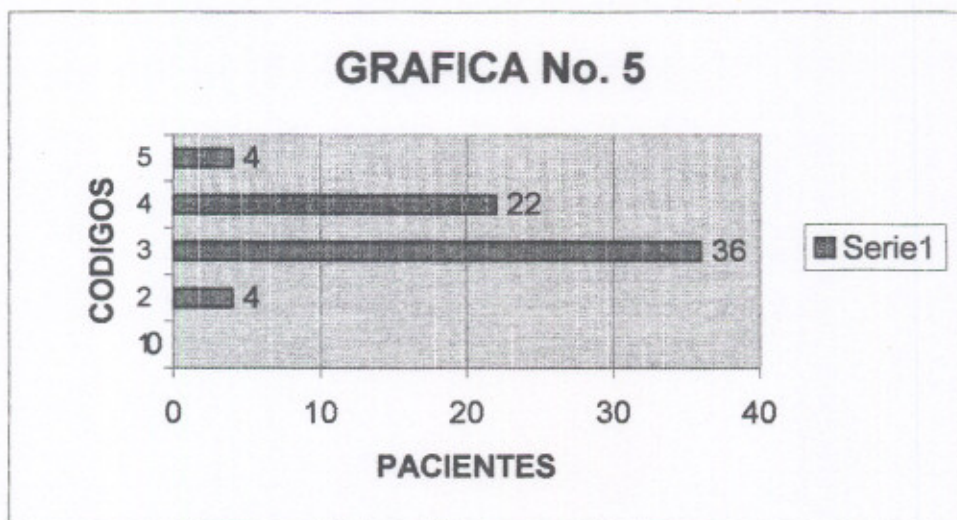
Como se puede apreciar en la gráfica, el mayor, porcentaje, 60.6% corresponde a los pacientes clasificados código rojo, lo cual nos indica que son casos de tratamiento urgente, le siguen con 28.79% los pacientes con alguna urgencia de tratamiento, clasificados código amarillo, 10.61% a los pacientes con patología a tratar en etapa posterior, clasificados código verde y 0% para los clasificados código blanco, que son piezas sin caries ni patología de tejidos blandos lo que indica que no hubo pacientes en esta.

Por lo anterior se concluye que la población mayoritaria fue clasificado código rojo.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EXCOMBATIENTES DE LA URNG EN EL CAMPAMENTO DE TULUCHÉ, CHINIQUE, QUICHÉ, POR DIAGNÓSTICO PERIODONTAL, UTILIZANDO EL INCICE COMUNITARIO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL (I.C.N.T.P.) EN LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1,997.

CODIGO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
0	0	0%
1	4	6.06
2	36	54.55
3	22	33.33
4	4	6.06
TOTALES	66	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación de campo.



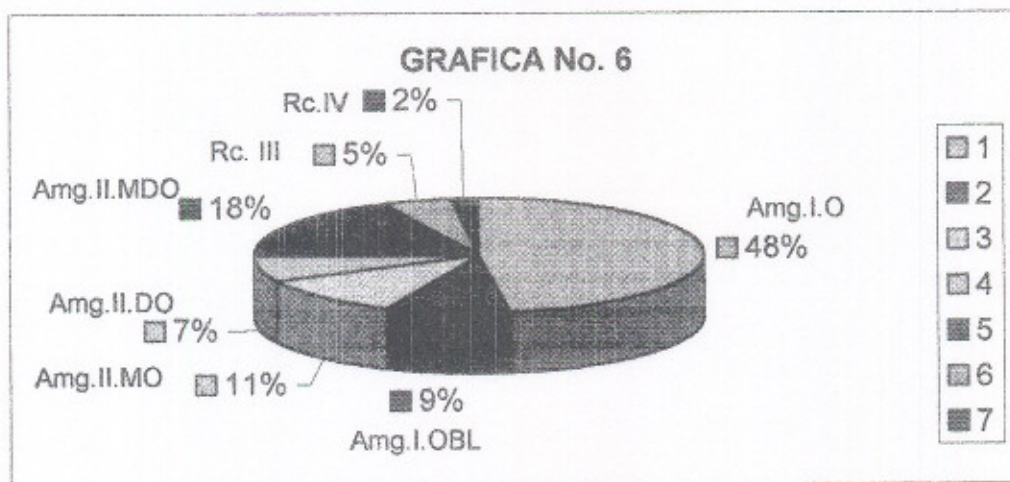
Como se puede observar, el mayor porcentaje corresponde al código 2, por lo tanto se concluye que el 54.55% de la muestra tiene un surco que no excede de 3mm., cálculo supra o subgingivales, margenes defectuosos de una obturación o prótesis fija y necesita mejorar su higiene bucal, detartraje, alisado radicular e incrustaciones de higiene bucal.



DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE TRATAMIENTOS DE OPERATORIA EFECTUADOS A LA POBLACIÓN ADULTA ATENDIDA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA EN EL CAMPAMENTO TULULCHÉ I, CHINIQUE, QUICHÉ EN LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1,997.

AMALGAMA CL. Y RESINAS CL.	No.	%
Amg. CI.-I.O	131	47.64
Amg. CI.-I.OBL	25	9.09
Amg. CI.-II.MO	30	10.91
Amg. CI.-II.DO	20	7.27
Amg. CI.-II.MDO	50	18.18
Rc. CI.-III	14	5.09
Rc. CI.-IV	5	1.82
<b>TOTAL RESTAURACIONES</b>	<b>275</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Datos obtenidos en la investigación de campo.

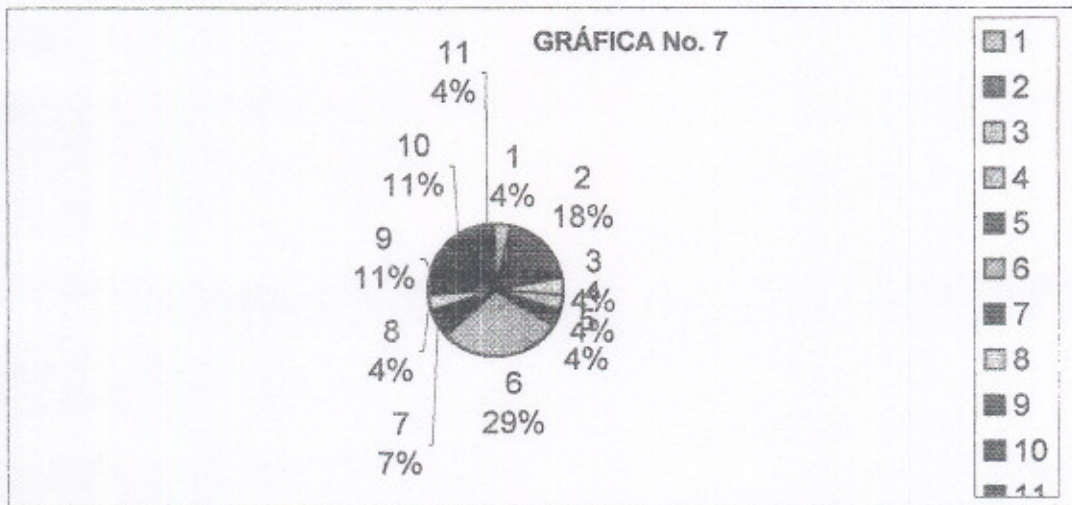


En la gráfica anterior se observa que de las 275 restauraciones indicadas el mayor porcentaje de restauraciones requeridas fueron de amalgama de plata, que representan el 93% de ellas, y 19 resinas compuestas que equivalen al 7% de las restauraciones. El mayor porcentaje de restauraciones requeridas fue de Amalgama Clase I, O que representan el 48% del total de restauraciones.

DISTRIBUCIÓN DE TRATAMIENTO DE EXODONCIA EFECTUADOS DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO TULULCHÉ I, QUICHÉ, EN EL AÑO DE 1,997.

No. DE PIEZAS	No. DE EXODONCIAS	%
2	1	4
3	5	18
5	1	4
12	1	4
13	1	4
14	8	29
15	2	7
17	1	4
19	3	11
30	3	11
32	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos de la investigación de campo.



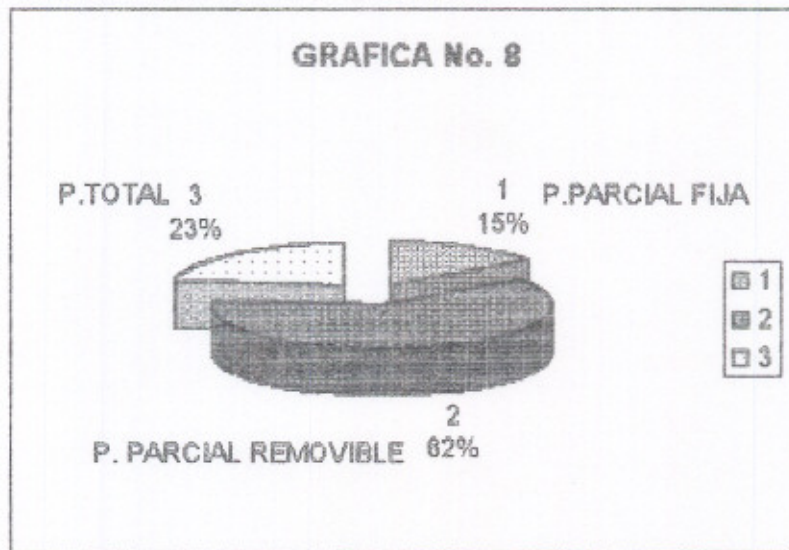
Del total de 27 exodoncias realizadas, la pieza No. 14 fue la que más se indicó para extraer, representando un 29%, seguida de la pieza No. 3 que representa un 18%



DISTRIBUCIÓN DE NECESIDADES DE TRATAMIENTOS PROTÉSICOS DE LA MUESTRA, DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN EN EL CAMPAMENTO DE TULULCHÉ I, QUICHÉ, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1,997

TRATAMIENTO	No.	%
PRÓTESIS PARCIAL FIJA	2	15
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	8	62
PRÓTESIS TOTAL	3	23
TOTAL	13	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación de campo.



El mayor porcentaje de necesidades prótesis lo constituyen los pacientes que necesitan Prótesis Parcial Removible con un 62%, seguido por los pacientes totalmente edéntulos que necesitan Prótesis Total con un 23% y por último prótesis parcial fija con un 15%.

**DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS DE  
LA POBLACIÓN ADULTA ATENDIDA DURANTE LA FASE DE  
DESMOVLIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA  
EN EL CAMPAMENTO TULULCHÉ I, CHINIQUE, EL QUICHÉ.  
MARZO - ABRIL 1997**

TRATAMIENTOS	CIFRAS ABSOLUTAS	PORCENTAJE
Numero de pacientes	88	100
Número de exámenes	88	100
Tratamiento periodontal	47	71.21
Profilaxis y aplicación tópica de fluor	4	8.08
Educación en salud bucal	88	100
Rayos X	10	15.15
Exodoncias	25	37.88
Obturaciones de amalgama	258	3.83
Resinas compuestas	19	28.79
Emergencias odontológicas	5	7.58
Cirugías	2	3.03

Fuente: Datos obtenidos de la Investigación de campo

En el cuadro anterior se observa que se logró hacer el diagnóstico al total de la población adulta y dar atención en salud bucal a más del 80% de la población, logrando cumplir con la meta programada.



## CONCLUSIONES

1. La población evaluada en el presente trabajo fue en mayor porcentaje de sexo masculino (82%).
2. La edad más frecuente tanto en hombres como en mujeres fue comprendida entre los rangos de 16 a 35 años. Pudiéndose observar que la mayor parte son adolescentes adultos jóvenes.
3. La población del campamento presentaba algún grado de escolaridad, pudiéndose decir que por lo menos más del 80% sabía leer y escribir.
4. La etnia predominante en el campamento fue la indígena 98%, siendo la más numerosa la etnia Quiché.
5. El 60.2% de la población examinada se clasificó según severidad de los casos en código de color rojo, como urgente de tratamiento e inmediato.
6. El índice comunitario de necesidades de tratamiento periodontal indicó que el mayor porcentaje lo obtuvo el código 2 (55%), por lo cual el paciente debe mejorar su higiene bucal, necesita de detartraje y alisado radicular, eliminación de desajustes marginales y de obturaciones y coronas.
7. Los tratamientos realizados comparados con las necesidades odontológicas clasificadas demuestra que se cubrió más del 60% de la población, meta establecida por la URNG en donde los tratamientos que más se realizaron fueron de amalgama de plata, resina compuesta y extracciones.
8. Del total de 27 exodoncias realizadas, la pieza número 14 fue la que más se indicó para extraer (29%), seguida la pieza número 3 (18%).

9. El mayor porcentaje de necesidades protéticas lo constituyen los pacientes que necesitan prótesis parcial removible (62%), seguido por los pacientes totalmente edéntulos que necesitan prótesis total (23%). No pudiéndose cubrir dichas necesidades, por carecer, principalmente, de equipo de laboratorio, así como de recursos económicos y tiempo.
  
10. Se realizó el examen de salud bucal al 100% de la población de excombatientes adultos y se brindó atención a más del 60%, logrando cumplir con la meta programada.



## RECOMENDACIONES

1. Es importante darle continuidad al trabajo que se realizó a los excombatientes especialmente al programa de prevención.
2. Facilitar la incorporación del personal de salud de la URNG, a través de cursos y procesos apropiados de nivelación y regulación al sistema nacional de atención en salud.
3. Realizar tratamiento odontológico a los pacientes que no recibieron atención por limitación de tiempo y falta de insumos odontológicos durante la fase de desmovilización.
4. Crear nuevos centros de atención odontológica en el interior del País, con personal idóneo para dar atención a los excombatientes reincorporados y a los integrantes de sus respectivas comunidades.

## LIMITACIONES

Durante los dos meses de servicio profesional odontológico en el Campamento de Tululché I, Quiché, se encontró con las limitaciones siguientes:

- **IDIOMA:** La barrera del lenguaje fue desde el principio evidente, ya que la mayoría de la población es maya hablante (Quiché y Kakchiquel). Para superar esta limitación se contó con la colaboración de traductores, quienes estaban presentes gran parte del tiempo de trabajo.
- **INASISTENCIA DEL PACIENTE:** Entre las causas de la inasistencia están las actividades políticas-educativas y el taller de salud mental. Por lo cual se perdió significativamente el tiempo disponible (60 días), para atender a la población.
- **FALTA DE EQUIPO DENTAL Y FALLAS MECÁNICAS EN EL MISMO:** En los primeros días no se contó con el equipo necesario en el campamento de Tululché I, Quiché, así como se presentaron fallas en el mismo desde el inicio, entre ellas fallas en los compresores, plantas eléctricas, piezas de mano, contrángulos, etc.
- **FALTA DE INSTRUMENTAL E INSUMOS ODONTOLÓGICOS:** Al inicio se notó la falta de algunos materiales dentales básicos como óxido de zinc y eugenol, fresas adecuadas y la mala calidad de algunos materiales, como la amalgama de plata y resinas compuestas.
- **FALTA DE ENERGÍA ELÉCTRICA Y AGUA POTABLE:** El fluido eléctrico y el abastecimiento de agua no fue constante y suficiente para satisfacer las necesidades del campamento de Tululché I, Quiché.



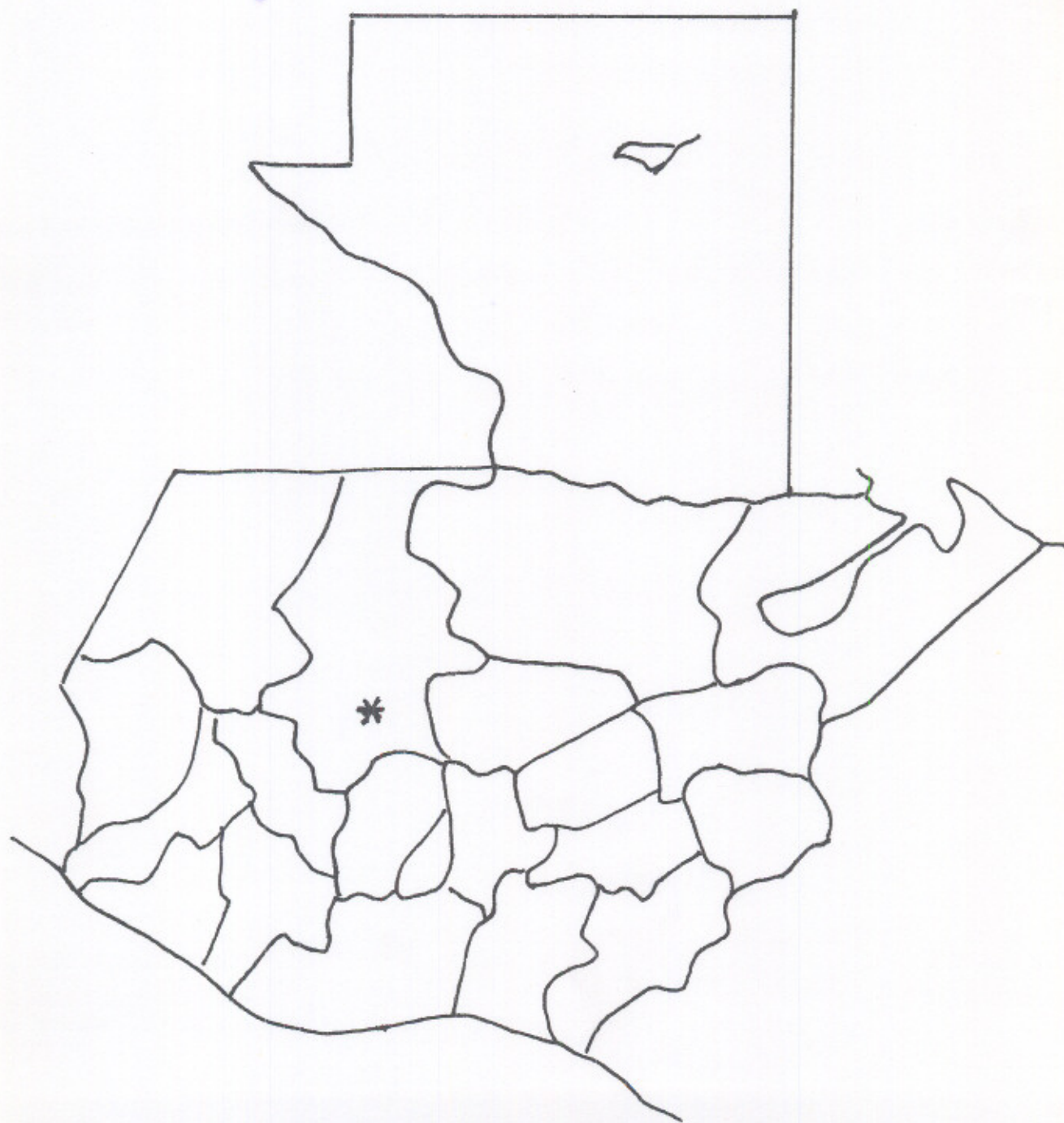
# ANEXOS







## ANEXO 3





ANEXO 4

PLANTA ELECTRICA

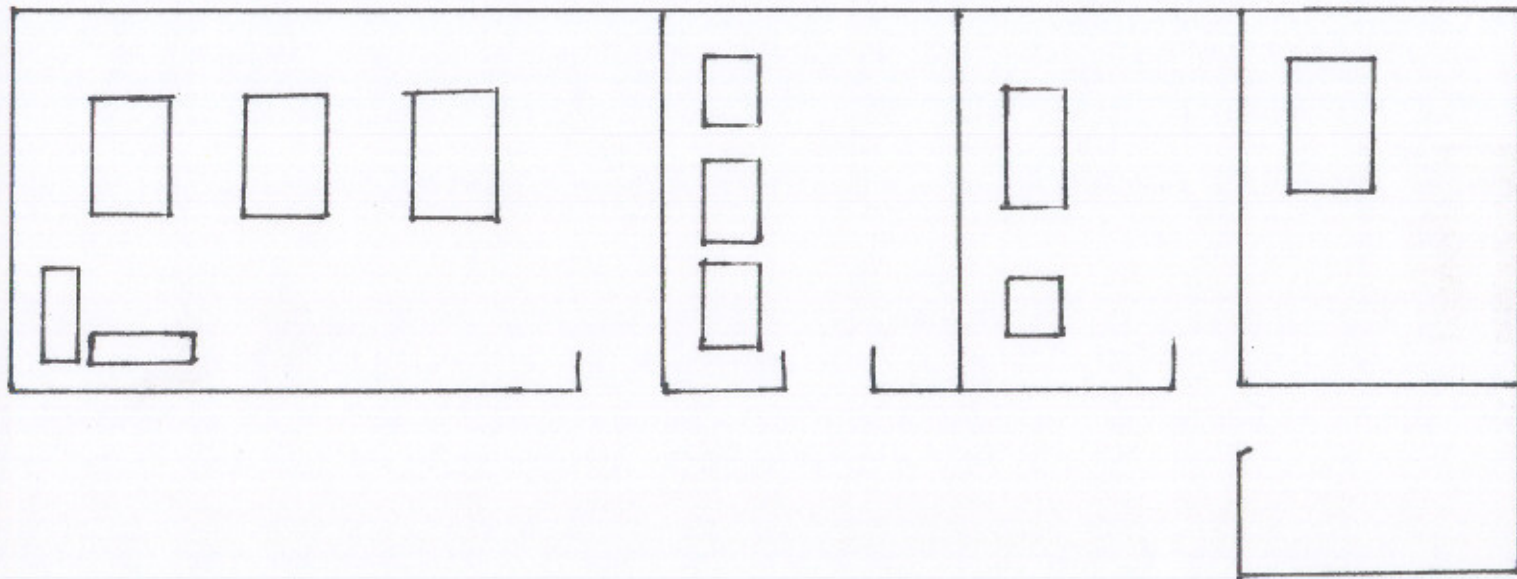
COMPRESOR

CLINICA DENTAL

AREA DE  
ENCAMAMIENTO

CLINICA DE  
EMERGENCIA

DORMITORIO  
E.S.I.



BODEGA

DISTRIBUCIÓN DE CLINICA E.S.I.





*José F. Calderón*

Guatemala, 8 de agosto de 1997

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

RECIBIDO  
25 AGO 1997

SECRETARIA

10:50 *ef*

Dr. Danilo Arroyave Rittscher  
Director de la Facultad de Odontología  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Edificio M2  
Ciudad

Estimado doctor Arroyave:

Con la conclusión de las diferentes actividades ejecutadas en el componente de salud en la fase de desmovilización de la URNG, deseamos enviar nuestro más sincero agradecimiento a la institución que usted dignamente representa, por el apoyo, contribución y consideración que brindaron durante todo este proceso.

Agradeceremos también hacer extensivo este reconocimiento al personal a su cargo, por la excelente labor realizada y el compromiso en alcanzar los objetivos propuestos en este proyecto.

Aprovechamos la oportunidad para informarle que estamos elaborando un informe final y será enviado a esa institución, a la brevedad posible.

En nombre de las organizaciones e instituciones coordinadoras, patentizamos nuevamente nuestro agradecimiento y nuestro deseo que juntos sigamos contribuyendo hacia la paz firme y duradera que tanto anhelamos para este país.

Atentamente,

*[Handwritten signature]*

Ing. Marco Tulio Sosa, Ministro  
Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social



Fundación Guillermo Toriello  
Comisión especial de Incorporación URNG

*[Handwritten signature]*  
Dr. Jacobo Finkelman  
Representante  
OPS/OMS GUATEMALA





*El Sistema de Naciones Unidas en Guatemala*

otorga el presente Reconocimiento a:

*Sr. Rudy Fraccedis Ixcaragua Cotom*

por su valiosa contribución al proceso de desmovilización de los miembros de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca realizado durante los primeros meses de 1997 en el marco del acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego suscrito en Oslo por el Gobierno de Guatemala y la URNG el 4 de diciembre de 1996.

Guatemala, octubre de 1998



Sr. Lars Franklin

En representación del Equipo de País  
del Sistema de Naciones Unidas en Guatemala



## BIBLIOGRAFIA

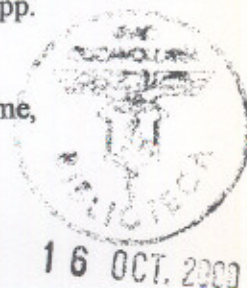
1. Acuerdos de paz.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, DIGI, 1996.-- 49p.
2. Acuerdos entre el gobierno de Guatemala y las comisiones permanentes. Suscritos el 8 de Octubre de 1992.-- Guatemala : Editorial Corei, Diciembre de 1995.-- pp.1-3.
3. Baum, Lloyd.-- Tratado de operatoria dental / Lloyd Baum, Ralph W. Phillips, Melvin R. Lund ; trad. por Irina Lebedef Spengler.-- 2ª ed.-- Mexico : Nueva Editorial Interamericana, 1988.-- 620p.
4. Carranza, Fermin A.-- Periodontología clínica de Glickman / Fermin A. Carranza ; trad. por Laura Elias Urdapilleta, Enrique Cerón Rossainz.-- 7ª ed.-- México : McGraw-Hill, 1990.-- 1067p.
5. Catecismo del proceso de paz en Guatemala: proyecto de educación cívica, ASC, Marzo-Octubre de 1994.-- Guatemala, Fundapaz, Diciembre, de 1994.-- 5p.
6. Centro de Investigación y Documentación Centroamericana.-- Violencia y contraviolencia: desarrollo histórico de la violencia institucional en Guatemala -- Guatemala : Editorial Universitaria , 1980.-- 251p.
7. De Toro y M. Gisbet.-- Diccionario Larousse Ilustrado.-- Buenos Aires : Larousse, 1996.-- 2670p.
8. Democracia con justicia social y proyecto alternativo.-- Guatemala, INCIDE, Julio de 1996.-- 37p. (Serie Proyecto Alternativo)
9. Durante Avellanal, C.-- Diccionario odontológico.-- 2ª ed.-- Buenos Aires Editorial Mundi, 1964.-- 1990p.
10. Fagianni Torres, M.-- Periodoncia: unidades de aprendizaje independiente.-- Guatemal : Ediciones Superación, 1991.-- pp. 93-96.
11. GAM, CIIDH.-- Quitar el agua al pez: análisis del terror en tres comunidades rurales de Guatemala (1980-1984).-- Guatemala : Editorial Fenix, 1996 -- 102p. (Serie Cuadernos para la Historia)
12. García, L. J. M y R. Quezada Toruño.-- Los derechos humanos y el proceso de paz en Guatemala.-- Guatemala : Serviprensa, 1996.-- 52p.
13. Haz bien y no mires a quien.-- Odontología Gráfica, Año 17, No. 202, 1 de Marzo de 1997.-- pp. 1.
14. Henderson, Davis.-- Prótesis parcial removible / David Henderson, Victor L.





Steffel ; trad. por Martín Horacio Edemberg.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1974.-- 468p.

15. Hernández, R. y E. Godoy.-- Adios a las armas: gobierno y URNG firman acuerdo de paz.-- pp. 2-6.-- En periódico Prensa Libre (Guatemala). Año 56, No. 14686. (Lunes, 30 de Diciembre de 1996)
16. Hoy se firma la paz.-- pp. 3-7.-- En periódico Prensa libre (Guatemala). Año 56, No. 14685. (Domingo, 29 de Diciembre de 1996). (Edición Especial)
17. Ingle, John Ide.-- Endodoncia / John Ide Ingle, Jerry F. Taintor ; trad. por José Luis García Martínez, J. Rafael Blengio Pinto, Alberto Folch Pi.-- 3a ed.-- México : Interamericana, 1991.-- pp. 530-531.
18. Katz, Simon.-- Odontología preventiva en acción / Simon Katz, James L. McDonald, George K. Stookey ; trad. por Simon Katz.-- Buenos Aires : Editorial Médica Panamericana, 1975.-- pp. 30-40.
19. Kratochvil, F. James.-- Prótesis parcial removible / F. James Kratochvil ; trad. por José Antonio Ramos Tercero.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1989.-- pp. 70, 86, 90-98.
20. MINUGUA.-- Acuerdo global sobre derechos humanos.-- México, 29 de Mayo de 1994.-- 10p.
21. \_\_\_\_\_ Informe de reconocimiento de puntos de concentración.-- Guatemala, Febrero, de 1997.-- 11p.
22. Montenegro Lima, G. R.-- Cesar Montes: la paz se pudo firmar hace 30 años -- pp.11.-- En periódico La República (Guatemala). Año 4, (Sábado, 22 Febrero de 1997).
23. \_\_\_\_\_ Cesar Montes: tres movimientos crearon las FAR.-- pp. 9.-- En periódico La República (Guatemala). Año 4, (Domingo, 23 de Febrero de 1997).
24. \_\_\_\_\_ El Che Guevara y Yon Sosa, grandes figuras en la guerra de guerrillas -- pp.11.-- En periódico La Republica (Guatemala). Año 4, (Sábado 22 de Febrero de 1997).
25. \_\_\_\_\_ E. Guevara, Cesar Montes: Yon Sosa y Turcios Lima construyeron la guerrilla.-- pp. 10-11.-- En periódico La República (Guatemala). Año 4, (Lunes 24 de Febrero de 1997).
26. Myers, George E.-- Protesis de coronas y puentes / George E. Myers ; trad. por Guillermo Mayoral.-- 3ª ed.-- Barcelona : Editorial Labor, 1975.-- pp. 190-199.
27. Prado, P. E.-- Comunidades de Guatemala.-- Guatemala : Impresos Herme,



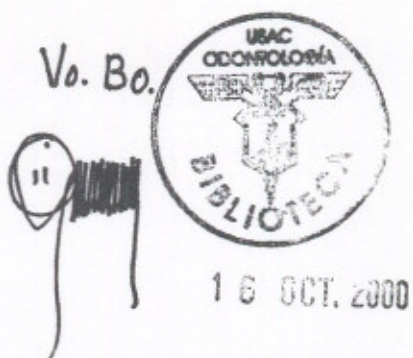


- 1995.-- 136p.
28. Ramirez, C. G. A.-- Apuntes de técnica operatoria.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria, 1989.-- 314p.
  29. Saisar, Pedro.-- Prostodoncia total.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1972.-- 495p.
  30. Salud integral en la fase de desmovilización y de la incorporación de la URNG a la vida ciudadana.-- Guatemala, URNG, Julio de 1997.-- 72p. (Versión final para el comentario)
  31. San Ramon, H.-- La democracia de las armas.-- México : Latinoamericana, 1994.-- 280p.
  32. Seltser, Samuel.-- Pulpa dental / Samuel Seltser, I. B. Bender ; trad. por José Antonio Ramos Tercero.-- México : El Manual Moderno, 1987.-- 370p.
  33. Shillimburg, Herbert T.-- Fundamentos de proetodoncia fija / Herbert T. Shillimburg, Sumiya Hobo, Lowell D. Witsett ; trad. por Rodolfo Krenn.-- México : La Prensa Médica Mexicana, 1983.-- pp. 13-15.
  34. Stewart, Kenneth L.-- Prostodoncia parcial removible / Kenneth L. Stewart, Kenneth D. Rudd, William A. Kuuebker ; trad. por Jesús Sierraalta, Myrna Khayan B., Mena L. Valles.-- Caracas - Venezuela : Actualidades Médico Odontológicas Latinoamerica, 1993.-- pp. 1-20, 97-100, 117.
  35. Stockstill, John W., John F. Bowley, Ronald Atanasio.-- Análisis de decisiones clínicas en prostodoncia fija.-- pp.565, 569, 591, 594.-- En: Prostodoncia fija integral / John F. Bowley, John W. Stockstill, Ronald Atanasio, Directores Huéspedes ; trad. por José A. Ramos Tercero.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1992.-- (Clínicas Odontológicas de Norteamerica Vol. 3)
  36. Taller de homogenización de criterios para la atención de salud integral en la fase de desmovilización.-- Guatemala, URNG, Febrero de 1997.-- 73p.
  37. Tiempo de paz.-- pp.30.-- En periódico Prensa Libre (Guatemala). Año 56, No. 14685 (Lunes, 30 de Diciembre de 1996) (Edición Especial)
  38. Un Quetzal.-- pp.16.-- En periódico Tinamit (Guatemala). Año 6, 2da. Epoca, No. 202 (Jueves, 20 al 26 de Febrero de 1997)
  39. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. Junta Directiva.-- Participación de la Facultad de Odontología en programa extraordinario de salud, derivado de los acuerdos de paz.-- 17 de Enero de 1997.-- (Acta No. 1-97)



16 OCT. 2000

40. Valdeavellano Pinot, Roberto.-- Manual de exodoncia.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area Médico Quirúrgica, Unidad de Cirugía, s.f.-- 60p.





FIRMAS QUE AUTORIZARÓN LA ACEPTACIÓN DEL  
INFORME FINAL

69

Rudy Fraccedis Ixcaraguá Cotóm  
Sustentante

Dr. Danilo Arroyave Rittscher  
Asesor

Dr. Rodolfo Soto Galindo  
Asesor

Dr. Guillermo Rosales Escribá  
Comisión de Tesis



Dr. Estuardo Vaides Guzmán  
Comisión de Tesis

Vo.Bo.

Dr. Otto Raúl Torres Balaños  
Secretario General

