

"DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, EN LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1,997."

TESIS PRESENTADA POR:

RUDY ALEJANDRO RAMIREZ CAJAS.

ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO PREVIO A OPTAR AL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA.

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1,998.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:

Vocal Primero:

Vocal Segundo:

Vocal Tercero:

Vocal Cuarto:

Vocal Quinto:

Secretario:

Dr. Danilo Arroyave Rittscher

Dr. Eduardo Abril Gálvez

Dr. Luis Barillas Vásquez

Dr. César Mendizábal Girón

Br. Guillermo Martini Galindo

Br. Alejandro Rendón Terraza

Dr. Carlos Alvarado Cerezo.

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano

Vocal Primero (Miembro J.D.):

Vocal Segundo (Asesor):

Vocal Tercero:

Secretario:

Dr. Danilo Arroyave Rittscher

Dr. Eduardo Abril Gálvez

Dr. Rodolfo Soto Galindo

Dr. Linton Grajeda

Dr. Carlos Alvarado Cerezo

09
T(693)
C.Y

III

ACTO QUE DEDICO

- A: DIOS

- A: LA VIRGEN

- A MIS PADRES: RUDY RAMIREZ DIAZ
ROSARIO CAJAS DE RAMIREZ
POR EL APOYO Y AMOR INCONDICIONAL
QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO.

- A MI ESPOSA: ROSA MARIA MACAL ALVARADO.
POR SU AMOR, COMPRESION Y APOYO.

- A MIS HIJAS: RENATA ALEJANDRA
DIANA LAURA
BASTIONES IMPORTANTES EN MI VIDA.

- A MIS HERMANOS: FABIOLA GENOVEVA
CESAR GUILLERMO
CON ESPECIAL CARIÑO

- AMIS ABUELOS: ISIDRO CAJAS PEREZ (Q.E.P.D)
ALEJANDRO RAMIREZ SCHEMELSER (Q.E.P.D.)
ANITA ARCHILA (Q.E.P.D.)
JULIA DIAZ

- A MI FAMILIA: EN GENERAL.

- A LA FAMILIA: MACAL ALVARADO
POR EL CARIÑO Y APOYO DEMOSTRADO.

- A MIS AMIGOS: ROBERTO ENRIQUEZ Y BYRON POLANCO.

TESIS QUE DEDICO

- A GUATEMALA
- A QUETZALTENANGO
- A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
- A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
- AL COLEGIO SALESIANO LICEO GUATEMALA
DE QUETZALTENANGO.
- A MIS COMPAÑEROS
- A USTED QUE LEE

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Con todo respeto y de conformidad con las normas establecidas por la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado:

"DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, EN LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1,997."

Al presentarlo como requisito a optar al título de Cirujano Dentista, en el grado académico de Licenciado; el cual fue asesorado por los Drs. Danilo Arroyave Rittscher, Rodolfo Soto Galindo, Estuardo Valdes G, Axel Popol; a quienes agradezco su valiosa orientación en la elaboración del presente trabajo.

Y a ustedes Miembros del Honorable Tribunal Examinador acepten mi más afectuoso respeto.

HE DICHO

INDICE

SUMARIO.....	1
INTRODUCCION.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACION.....	5
REVISION DE LITERATURA.....	6
OBJETIVOS GENERALES.....	30
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	31
VARIABLES.....	32
METODOLOGIA.....	33
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	38
DISCUSION DE RESULTADOS.....	49
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	53
LIMITACIONES.....	54
ANEXOS.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	60

SUMARIO

Este trabajo de investigación forma parte del trabajo del Programa extraordinario de Salud Integral en la desmovilización e incorporación de la URNG a la vida ciudadana. El cual fue creado por una comisión, conformada por URNG, OPS, Ministerio De Salud, USAC, a través de la Facultad de Odontología en Enero de 1,997.

Este trabajo de investigación es parte del diagnóstico y atención de salud bucal de la población desmovilizada, realizado en el Campamento Claudia, localizado en el municipio de Guanagazapa, Escuintla.

Para su elaboración se examinó a un total de 73 excombatientes de los cuales 62 fueron del sexo masculino y 11 del sexo femenino. Se realizó el examen clínico de la cavidad bucal para diagnosticar enfermedad periodontal, piezas cariadas, piezas indicadas para extracción y espacios edéntulos.

Los resultados que dio el examen clínico de la cavidad bucal, se resumen a continuación:

Se encontró un paciente totalmente edéntulo, un paciente edéntulo total en arcada superior, 72 pacientes presentaron enfermedad periodontal, de estos 45 pacientes fueron clasificados código 2; 23 pacientes eran código 3; 4 pacientes eran código 4. No se encontró pacientes que estuvieran clasificados en los códigos 0 y 1.

De los 73 excombatientes, 72 pacientes presentaron caries, llegando a un total de 684 piezas cariadas, de estas 345 fueron obturadas pues eran 5 piezas a obturar por paciente como máximo. Es de hacer notar que de los 73 pacientes, 10 pacientes no necesitaban las 5 obturaciones.

De los 73 pacientes atendidos, 14 pacientes necesitaron extracciones dentarias, en estos 14 pacientes, se realizaron 25 extracciones. Fueron 5 los pacientes a los que se les extrajo 3 piezas dentales como máximo.

De los 73 pacientes examinados, 21 necesitaban ser rehabilitados por medio de una prótesis dental, un paciente necesitaba una prótesis total superior e inferior, un paciente necesitaba una prótesis total superior y una prótesis parcial removible inferior, 23 pacientes poseían espacios edéntulos de los cuales 8

pacientes necesitaban prótesis fija y de éstas 5 superiores y 3 inferiores; 15 pacientes necesitaban prótesis removible 7 superiores y 8 inferiores.

Se clasificó a los pacientes según las prioridades de tratamiento, destrucción severa de tejidos duros o severa inflamación gingival. 11 pacientes se clasificaron rojo (caso urgente, de tratamiento inmediato); 15 pacientes se clasificaron amarillos (caso con alguna urgencia de tratamiento); 47 pacientes se clasificaron verde (con patología a tratar en etapa posterior); y no hubo ningún paciente clasificado como blanco (piezas sin caries ni patología de tejidos blandos).

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 desarraigadas por el enfrentamiento armado, aspectos socioeconómicos, situación agraria, el fortalecimiento del poder civil y función del ejército en una sociedad democrática. (14)

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 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 de la comunidad internacional a través del 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 el 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 diagnóstica de todos los excombatientes como base para la clasificación y determinación de la atención oral. La segunda fase fue de identificación para trabajar una población meta de 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 necesaria 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 a ser desmovilizada es odontológica y tomando en consideración que esta comunidad estuvo excluida de los servicios mínimos de salud pública necesarios, este trabajo se encaminó esencialmente a describir las condiciones de salud o patología bucal, a establecer las necesidades odontológicas en la población desmovilizada de la URNG y efectuar algún tratamiento odontológico como, tratamiento periodontal, operatoria dental y extracción dental.

JUSTIFICACION

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.

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 contempló 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.

REVISION DE LITERATURA

ANTECEDENTES HISTORICOS:

La guerra surgió como consecuencia de la contra revolución que en 1954 derrota al presidente electo constitucionalmente: el coronel Jacobo Arbenz Guzmán y de la radicalización que ello provoca en los militares que se sublevaron en 1960, en contra del General Idigoras 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 se reprimieron salvajemente con fusiles en un contexto mundial de guerra fría. (39)

La lucha de las clases en Guatemala llega a niveles de confrontación armada a principios de la década de los 60, prolongándose con altibajos hasta la fecha. En su desencadenamiento se conjugan condicionantes histórico - sociales, en antecedente 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 consciencia de clase de los sectores dominados o sus formas de organización, aunque parece evidente que las otras formas de lucha social no hablan sido agotadas. (7)

Todo comenzó dentro de las filas del ejército; una insubordinación entre los mismos oficiales de derrocar al régimen. Ningún Guatemalteco imaginó que a partir de ese momento, cuando el calendario marcaba el 13 de Noviembre de 1960, se iniciaba una de las etapas más oscuras y dolorosas de la historia de Guatemala. (14)

La intentona del 13 de Noviembre de 1960 había sido organizada por una tendencia conspiradora de oficiales, subalternos y superiores llamada la "Logia del Niño Jesús" y que en un principio abarcaba 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 del gobierno de General Ydígoras, por corrupción en la administración pública.

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 buscaba 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 cabecillas convencen a grupos políticos entre ellos el Partido Guatemalteco de 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. La venganza no se deja esperar y el 24 de enero, Yon sosa, Turcios Lima, y Trejo llevan a cabo un atentado.

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

Después de la Calda 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 de 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, habían 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 Concúa, 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 si 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 combate contra la corrupción y estableció el aguinaldo pero comenzó a combatir a los del 13 de Noviembre después de derrocar a Ydígoras. El movimiento guerrillero inicia en 1963 cuando Peralta Azurdia había derrocado a Ydígoras, entonces se inició la lucha contra Peralta Azurdia y en esos tres años esta creció. (22)

Los insurgentes formaron 6 agrupaciones en diferentes épocas:

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 por Pablo Monsanto

Organización del Pueblo en Armas –ORPA- fundada en 1971 por Gaspar Ilom

Ejército Guerrillero de los Pobres –EGP- fundado en 1972 por Rolando Morán

Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca –URNG- fundada en 1980 (6)

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 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 trotskista 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 continuo operando independientemente con el nombre de Movimiento Rebelde 13 de Noviembre. (7)

La contracción de los dos períodos de auge guerrillero de 1966-67 de 1982 se lograron: a un altísimo costo social en vidas humanas, destrucción de la población con altos grados de violaciones de los derechos humanos y errores en la conducción del movimiento armado, perdiéndose así su unidad interna. (15,39)

En 1970 la guerra empieza a tomarse más compleja y la guerrilla comienza una nueva táctica, la del secuestro político para exigir la liberación de sus miembros. En tres oportunidades la insurgencia logra buenos resultados pero su cuarto operativo en el cual pretendían secuestrar al embajador estadounidense Jhon Gordon Mein, para intercambiarlo por el insurgente Camilo Sánchez, la cual fracasa ante la seguridad del diplomático, pero en el incidente muere Gordon Mein. Lo mismo ocurrió el 5 de Abril del mismo año en esta oportunidad las FAR matan al embajador de Alemania el Conde Karl Von Spretti, ante la negativa del gobierno de Méndez Montenegro de intercambiarlo por insurgentes retenidos(38).

Los años que van de 1968 al 73 señalan un mantenimiento del terror y del declive de la guerrilla. 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 estima conveniente para apoyar institucionalmente a su elegido. Así asumieron el poder los generales 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 Larravé, del secretario general de 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 conmovida ante la masacre de Panzós, Alta Verapaz donde cerca de 100 campesinos mueren en manos del ejército, durante una protesta para exigir tierras, en esta 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 intentan desalojarlos, lanzando bombas de fósforo blanco que de inmediato estallan, bombas Molotov y el inmueble estalla en llamas. (32,38)

A finales de 1982 las cuatro organizaciones insurgentes deciden unirse en Cuba para darle vida a la Unidad revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-, el movimiento insurgente logra controlar varias regiones del occidente, norte centro y sur de 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 clase indígena,

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 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 Taiwan, 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 Permunth logra la firma del acuerdo para la búsqueda de la Paz, por medio políticos. (13,38)

Para poder llegar a la paz firme y duradera fueron necesarios 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 1,983.
- 1.3. La ONU apoya al grupo de Contadora el 11 de Noviembre de 1983.
- 1.4. Contadora presenta su primer 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 1,986.

2. - La negociación indirecta comprende:

- 2.1. Primera reunión de presidentes de C.A. Esquipulas I, el 15 de Mayo de 1,986.
- 2.2. Procedimiento para establecer la paz firme y duradera en Esquipulas II, el 7 de Julio de 1,987.
- 2.3. Garita de Alajuela, evaluar la amnistía y democratización el 16 de Julio de 1,988.
- 2.4. Comisión Nacional de Reconciliación –C.N.R- y dialogo nacional el 7 de Noviembre de 1,988.
- 2.5. Comisión Nacional de Reconciliación –C.N.R- logra que Gobierno y URNG firmen en Oslo (Acuerdo paz por medios políticos), el 30 de Marzo de 1,990.

* Nota: la Comisión Nacional de Reconciliación –C.N.R- esta formada por

El gobierno, la Iglesia Católica, Partidos Políticos, Ciudadanos Notables, Organizaciones de Trabajadores, Organizaciones Empresariales, Organizaciones Cooperativas, Universidades, Colegios Profesionales, Iglesias, Cultos y otras denominaciones religiosas.

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

- 3.1. El escorial o Instancia Política en junio de 1990.
- 3.2. Ottawa o Instancia del Sector Empresarial –CACIF- en septiembre de 1,990.
- 3.3. Quito o Instancia Religiosa en septiembre de 1990.
- 3.4. Metepec 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 su plan de Paz Total a la ONU, enero 1991.
- 4.2 Gobierno y URNG acuerdan la agenda y el procedimiento para desarrollar la negociación, abril 1,991.
- 4.3 URNG y Gobierno firman el acuerdo Marco para la búsqueda de una Paz Total por medios políticos, ACUERDOS DE QUERETARO, junio 1,991.
- 4.4 URNG propone el documento: La Paz no es solo la Ausencia de Guerra sino Creación del Conjunto de Condiciones que le Permitan al Hombre Vivir sin Angustias ni Temores, junio 1,992.

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 1,994.
- 5.2. Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, México, marzo 1,994.
- 5.3. Acuerdo de calendarización de las negociaciones para una paz firme y duradera en Guatemala, México, marzo 1,994.
- 5.4. Acuerdo sobre el reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, Oslo, junio 1,994.
- 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 causado sufrimiento a la población guatemalteca, Oslo, junio 1,994.
- 5.6. Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, México, 31 de Marzo de 1,995.

6.- Los puntos básicos del Acuerdo Marco son:

- 6.1. Temario de la negociación.
 - 6.2. Moderación de las negociaciones bilaterales.
 - 6.3. Asamblea de la Sociedad Civil (ASC).
 - 6.4. Papel de los Países amigos (Colombia, USA, México, Noruega y Venezuela.)
 - 6.5. Procedimientos.
 - 6.6. Mecanismos de verificación.
- La ASC estaba integrada por: Cinco diputados por cada instancia (Escorial, Ottawa, Quito, Metepec y Atlixco cinco representantes Mayas, Mujeres, ONG's, Periodistas, centros de investigación y Organización de Derechos humanos.

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.
- 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.

- Conscripción 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 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.
 - Recursos y cooperación internacional.
 - 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 de 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
 - Derechos 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.
 - Salud.
 - 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 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 poder 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 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 sus obligaciones 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 URNG y la de MINUGUA de acuerdo con las áreas de acción del grupo desmovilizado. Para ello se programó que un tercio de los excombatientes abandonará los campamentos en cada uno de tres periodos: 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 Balladares (panamá), Ernesto Zedillo (méxico), Rafael Aznar, y el Gobierno como testigos de honor, el Presidente de la República Alvaro Arzu Irlgoyen, 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.

En Enero de 1997, una comisión de 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 Integral 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 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 programarán 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 Décimonoveno 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 de 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 sus E.P.S.
- Los Odontólogos practicantes que optaron por esta son:

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

- b. Que realicen un trabajo de investigación en el campamento asignado, elaborado 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 Mildred Tatiana Herrera
España
O.P Vanessa Karla Paola Noguera
Morales
O.P Lidia Waleska Tejaxún Campos
O.P Neyda Yesenia Zuleta Bonilla
O.P Juan Ignacio Asencio
O.P Léster Molina Soria
O.P Rudy A. Ramírez C.

O.P César Roulet
O.P Arturo Castillo
O.P Sandra Aguilar
O.P Dérita Tonti
O.P Byron Olivar
O.P Julio Anleu
O.P Jose Juarez
O.P Sara Sandoval
O.P Claudia Barrientos

O.P Rudy Ixcaragua
O.P Demetrio López
O.P Mario Medina
O.P Patricia Campbell
O.P Leonel Sinal
O.P Mario Illescas
O.P Carlos Mogollón

O.P Jose Carranza
O.P David Batres
O.P Fredy Hernández
O.P Mario de León
O.P Juan Sebastián Rodríguez
O.P Wagner Monterroso
O.P Luis Carlos Herrera

Previo a la Fase de Desmovilización se realizó un taller para dar a conocer e informar sobre la homogenización del Plan de Diagnóstico y Atención de Salud, el cual tenía 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 tuvo contemplada la atención integral de salud a los Combatientes 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. **Programa 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 (sistémicas y externas).
 - Manejo biológico.

3. **Programa 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 como exodoncias, operatoria, tratamiento periodontal. (37).

Responsabilidades Asumidas en el Plan por la 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 epidemiológicos.
- 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 del 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 España –MDM-E-:

- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
- Participar en la ejecución del 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.

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.

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.

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 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)

Descripción del Campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla:

Datos Generales:

- Nombre: Finca Claudia.
- Grupo Guerrillero: Frente Unitario - FU-, Columna perteneciente a la Organización del Pueblo en Armas –ORPA-
- Numero de excombatientes: 226
 - 187 hombres
 - 29 mujeres
 - 10 niños

Descripción topográfica del área:

- Zona de montaña media, situada entre el eje volcánico y la llanura costera del pacífico.
- El campamento seleccionado está a una altura de 240 m. sobre el nivel del mar, posee un área aproximadamente de 300 x 300 m.
- Tipo de Edificación: techo de lámina de zinc, aislantes de cartón, sin paredes, con cortinas de nylon enrolladas.

- **Clima:** caliente y húmedo. Durante los dos meses de la fase de desmovilización el calor fué sofocante. La falta de lluvia, la escasa vegetación en las áreas cercanas al campamento, los fuertes vientos provocaron constantes polvaredas.
- **Vías de acceso:** solamente una vía de acceso por la Carretera Internacional del Pacífico, que conduce a la Ciudad Pedro de Alvarado, frontera con el Salvador a la altura del Km.86 en la entrada del camino que lleva a la Hidroeléctrica AGUACAPA.
- **Poblaciones cercanas:** Escuintla está a 37.7 Km. por carretera asfaltada.
Taxisco está a 30 Km. por carretera asfaltada.
La Unión, es la comunidad mas cercana a 4 Km. (21,31).

Población:

La población que conformaba el Frente Unitario fué eminentemente indígena.

Distribución y Servicios:

- El campamento constaba de 28 construcciones de las cuales 11 estaban destinadas para usarse como dormitorios de los miembros de URNG.
- 2 galeras destinadas como vivienda para los miembros del E.S.I.
- 3 galeras utilizadas como comedores.
- Las bodegas de la Cruz Roja Española, así como la Clínica Médica y Dental eran las únicas que tenían piso de cemento.
- 1 galera destinada para la comandancia del campamento.
- 1 galera destinada para la biblioteca.
- 3 construcciones en las cuales se ubicaban pilas y regaderas.
- 3 construcciones destinadas para letrinas.
- 1 inodoro Mapreko, destinado a los observadores de MINUGUA.
- 1 contenedor, en el cual se depositaron las armas entregadas por URNG.
- El campamento estaba delimitado y vigilado las 24 horas del día por ordenes de la Organización de Naciones Unidas, para evitar el ingreso de personas ajenas al campamento y la salida de miembros de la URNG.
- Al norte del campamento aproximadamente a unos 200 metros se situó el campamento de MINUGUA, el cual estaba conformado por 5 carpas plásticas de color blanco, las cuales contaban con aire acondicionado. El campamento de MINUGUA estaba circulado con una malla metálica y contaba con un guardián las 24 horas del día.

En lo que a servicios básicos se refiere, la energía eléctrica para el campamento era distribuida en períodos de seis horas; una hora por la mañana; una hora al medio día y cuatro horas por la noche a partir de las 19:00 horas.

Por lo general el servicio de agua era irregular ya que la cantidad era limitada y condicionada al uso especialmente en los días en que la capacidad del campamento llegó a su límite. Conforme se llevó a cabo la desmovilización de la población, el servicio de agua se regularizó.

Los servicios en las clínicas eran manejados de distinta forma a como se manejaban en el campamento. La electricidad para compresores y lámparas dentales era generada por una planta eléctrica la cual era utilizada en base a las necesidades que las clínicas presentaban. El servicio de agua para las mismas era proporcionado a través de un depósito exclusivo para ese uso. Es de hacer notar que este sistema de agua durante las primeras semanas de la desmovilización no fue útil debido a desperfectos en su diseño.

Como apoyo adicional, las clínicas tenían paneles solares para generar energía adicional en caso de emergencias aunque ese equipo se dañó desde el principio de la fase de desmovilización y nunca fue reparado.

La galera destinada para las clínicas estaba construída de madera y techo de lámina. Sus dimensiones eran de 20 mts. de frente x 6 metros de ancho en las cuales habían cinco divisiones y estaban distribuídas de la siguiente forma: dos módulos utilizados para clínicas médicas, un módulo utilizado para área de encamamiento, un cuarto módulo para clínica dental en la cual se encontraban cuatro sillones dentales de los cuales dos contaban con unidad y lámpara dental utilizados para los tratamientos operatorios y los dos restantes utilizados para exodoncias dentales y tratamientos periodontales. El módulo restante como bodega de almacenaje de medicamentos y materiales dentales.

El mantenimiento de la infraestructura del campamento, servicios de energía eléctrica, y agua potable estuvo a cargo de MEDICOS SIN FRONTERAS.

El mantenimiento y equipamiento de clínicas dentales estuvo a cargo de la UNIVERSIDAD MISIONERA DE LOS POBRES -UMP-.

El aprovisionamiento de medicinas y materiales dentales estuvo a cargo de MEDICOS DEL MUNDO ESPAÑA.

LA Cruz Roja Española estuvo a cargo de la distribución de todos los implementos de higiene personal, utensilios para alimentación (un plato plástico, un vaso, una cuchara y una olla de metal). Así mismo se encargaron de suministrar la alimentación al campamento la que constaba de arroz y frijol cocido en los tres tiempos de comida y dos veces por semana se suministraba pollo o carne de res cocida acompañada de papas y repollo cocido.

La distribución interna del campamento por parte de la URNG estaba conformado por seis pelotones de 30 a 36 integrantes de ambos sexos con un oficial a cargo de cada pelotón. Cada pelotón tenía a cargo distintas labores; desde la elaboración de alimentos hasta recolección de basura y limpieza.

La comandancia del campamento estaba a cargo de un Comandante y dos subcomandantes.

Personal del Equipo de Salud Interno (ESI):

- Un Médico de URNG (responsable)
- Un Médico del Mundo España
- Dos Promotores de Salud
- Cuatro Odontólogos Practicantes
- Un Promotor Dental

Funciones del Personal Médico (URNG Y MDM-E)

Los médicos de URNG fueron los responsables de la atención integral de salud dentro de los campamentos. MDM-E participó de esa responsabilidad a nivel del programa de atención médica. Las decisiones en este campo fueron tomadas de común acuerdo entre ambas partes, basado a las normas establecidas por URNG.

Organizaron y participaron en todas las actividades de salud del campamento: examen físico completo, salud mental, actividades de promoción y prevención. MDM-E no participó de modo directo en las actividades de salud bucal, ni salud mental, por lo tanto no tuvo responsabilidad de su ejecución.

Organizaron y programaron la toma de muestras de laboratorio con los apoyos externos (MSPAS) del campamento.

Elaboraron un rol de turnos para la atención médica durante las 24 horas, según necesidad.

Participaron en la evaluación de los casos problema y de aquellos que necesitaron una atención de segundo o tercer nivel.

Organizaron, orientaron y supervisaron el trabajo de salud del grupo del campamento. La autorización de su manejo externo compitió al médico jefe del ESI.

El Médico de MDM-E fué responsable de la supervisión y administración de la farmacia (medicamentos, equipo y suministros médicos) en cada campamento.

Los médicos de URNG y MDM-E fueron corresponsables del cuidado del equipamiento del área de Atención Médica.

Funciones Del Promotor De Salud:

Participó en:

Las actividades de Salud, de acuerdo a su nivel; examen físico completo, salud mental, promoción y prevención.

La organización y ejecución de las jornadas de desparasitación y de vacunación, así como de la administración de micronutrientes y en la toma de muestras de laboratorio.

La organización y ejecución de las charlas para promoción de la salud y saneamiento ambiental.

En el manejo de los archivos.

Las reuniones de evaluación del ESI.

Funciones de Los Odontólogos Practicantes y del Promotor Dental:

Participaron en todas las actividades de Salud Bucal: Identificación, clasificación, examen odontológico general, ficha diagnóstica, educación en Salud Bucal, tratamiento y referencia.

Junto al médico responsable del ESI participaron en la organización y programación de sus actividades, así como en las reuniones de evaluación del ESI.

Informaron al responsable del ESI los casos problema y conjuntamente coordinaron la referencia al tercer nivel.

Fueron los responsables del manejo y control de las fichas odontológicas en el interior del campamento. El manejo de esta información fuera del campamento fue responsabilidad del médico responsable del ESI.

Fueron los responsables del cuidado y mantenimiento de su propio equipo; y corresponsables del cuidado del equipo común asignado.

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, ligamento 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 iniciado en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte. La siguiente clasificación incluye todas las formas de enfermedad periodontal destructiva y 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 bacteriana.
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 la enfermedad gingival.

En todas sus formas está presente la inflamación porque la placa 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:

Etapa 1: clínicamente la reacción inicial de las encías a la placa bacteriana no es evidente. Esta reacción vascular es en esencia la dilatación de capilares e incremento del flujo sanguíneo.

Etapa 2: conforme pasa el tiempo, aparecen signos clínicos de eritema, también puede presentarse hemorragia durante el sondeo.

Etapa 3: en esta los vasos sanguíneos se obstruyen y congestionan, como resultado de la anoxemia gingival localizada, la cual superpone un matiz azulado en la encía enrojecida.

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

Entre otros tipos de enfermedad gingival están:

Gingivitis ulcerosa necrosante aguda

Gingivoestomatitis herpética aguda

Gingivitis alérgica

Muchas dermatosis inducen tipos característicos de enfermedad gingival

Gingivitis condicionada por factores sistémicos

La reacción gingival a una variedad de agentes patológicos produciendo agrandamiento

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

OPERATORIA DENTAL:

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

CARIES DENTAL:

Es una degeneración progresiva y localizada en 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: micoplasma, lavaduras, protozoarios, virus en diferentes proporciones, estreptococcus mutans, colonias de cocos, S. Sanguis, especies de lactobacillus, actinomyces viscosus, streptococcus salivarius, actinomyces naeslundii, bacteroides 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 pueden llegar a obtener un reborde adecuado

Ausencia de estomatitis u otras patologías agudas o crónicas

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE:

Es la rama de la prótesis dental que se dedica al reemplazo de los dientes perdidos parcialmente 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 anteroposteriores, pérdida excesiva de hueso del reborde residual, usando una base de dentadura con una parcial removible para devolver la parte pérdida del reborde residual, necesidad de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción. (19,35,36)

EXTRACCION DENTARIA:

Es sacar un diente o muela de su posición o alveolo (10).

Su indicación abarca:

Piezas que presenten destrucción dentaria profunda y/o destrucción de dos o más superficies dentales, con dolor agudo 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, traumatismos y procesos patológicos. (10,40)

PROTESIS FIJA:

Es la prótesis que reemplaza a los dientes en una arcada parcialmente desdentada, la cual puede constar de una, dos o más piezas dentales, 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 edéntulo es corto y recto. (4,26,34)

PREVENCION Y EDUCACION EN SALUD BUCAL

La prevención se constituye de tres grupos importantes dentro de los cuales se encuentran subdivididos cinco niveles específicos que son:

Prevención Primaria:

Primer Nivel: Promoción de la Salud, comprende todas aquellas medidas enfocadas directamente a mejorar la salud de un individuo; como por ejemplo: Nutrición óptima, vivienda, ambiente agradable, servicios generales.

Segundo Nivel: Protección Específica, comprende todas las medidas preventivas para evitar la aparición o recurrencia de una enfermedad en particular. Entre dichas medidas se encuentran: Vacunación, fluoruración del agua, etc.

Prevención Secundaria:

Tercer Nivel: Evidencia de una enfermedad. Esta debe ser tratada en las primeras etapas del período clínico ya que las afecciones se hallan en un estado inicial y se deben corregir los posibles factores predisponentes.

Prevención Terciaria:

Cuarto Nivel: Limitación de la incapacidad. Incluye medidas que tienen como fin limitar el grado de incapacidad producida por una enfermedad en etapas avanzadas y que conlleve a daños irreversibles.

Quinto Nivel: Rehabilitación. Abarca tanto rehabilitación física como rehabilitación psicosocial, a causa de la severidad de una enfermedad. Por ejemplo:

Prótesis Total en pacientes edéntulos por causa de una enfermedad periodontal grave, rehabilitación oral, implantes, etc.

PREVENCION PRIMARIA	PREVENCION SECUNDARIA	PREVENCION TERCIARIA
- Promoción de la Salud - Protección Específica	-Diagnóstico y Tratamiento precoz	- Limitación de la Incapacidad - Rehabilitación

OBJETIVOS GENERALES

- 1. Diagnosticar el estado de salud bucal de los excombatientes de URNG, en la fase de desmovilización y reincorporación a la vida ciudadana, durante su estadía en el Campamento Claudia.**
- 2. Implementar acciones de promoción y prevención en salud bucal y tratamientos odontológicos 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, espacios edéntulos, restauraciones presentes, piezas indicadas para extracción y necesidades de prótesis fija, parcial o total.**
- 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 y de curación de los tejidos duros y blandos por lo menos al 60% de los excombatientes de los campamentos.**

VARIABLES

DEFINICIONES DE VARIABLES:

1. **SEXO:** Condición psico - biológica que distingue varón de hembra (hombre-mujer).
2. **EDAD:** Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.
3. **DIAGNOSTICO:** Identificación de una enfermedad o fenómeno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de pruebas analíticas y otros procedimientos.
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, basado 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. **DIAGNOSTICO:** 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 fija, prótesis total y prótesis removible), clasificando a los pacientes según severidad de dolor dental e inflamación gingival, en rojo, amarillo, verde y blanco.
4. **ETNIA:** Se clasificará a los pacientes como: indígenas y ladinos, de acuerdo al grupo étnico a que pertenezcan.

METODOLOGIA

POBLACION:

El estudio se realizó con la población general de excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) por campamento, concentrados en la Finca Claudia, Guanagazapa, Escuintla, durante el período de desarme y desmovilización. El número total de excombatientes asciende a 217, los cuales fueron divididos en tres grupos para ser atendidos en una mejor forma. En esta investigación se atendió al 33.64 % de la población total que corresponde a 73 excombatientes.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

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

DATOS GENERALES: Los cuales fueron obtenidos interrogando al paciente sobre: nombre, edad, sexo, escolaridad, etc.

HISTORIA MEDICA ANTERIOR: En ella se hizo 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 ODONTOLOGICA ANTERIOR: En ella se anotaron los problemas dentales que el paciente sufrió, si ha tenido visitas previas al dentista, etc.

DIAGNOSTICO: Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico fue anotada acá, basado en la inspección, palpación, sondeo periodontal e interrogación al paciente.

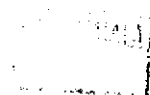
Un odontograma donde se realizó la anotación gráfica de los hallazgos clínicos encontrados en el proceso del examen bucal, señalando la localización específica de los hallazgos.

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

Parámetros para la realización del diagnóstico:

1. Periodoncia

Indice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal, I.C.N.T.P. :



El ICNTP es práctico para la determinación preliminar de la necesidad de tratamiento periodontal durante la discriminación inicial del estado de salud bucal de un paciente, y permite desarrollar mejores tratamientos para el control y prevención de la enfermedad periodontal y caries.

Para la evaluación de los pacientes se utiliza la sonda periodontal elaborada por la Organización Mundial de la Salud. En este estudio se utilizó la Sonda Periodontal de Williams.

El sistema para clasificar la Necesidad de Tratamiento Periodontal, ofrece la posibilidad de estimar el tiempo y el tratamiento requerido, así como la mano de obra y los costos necesarios. El sistema puede ser calculado y planificado para el tratamiento periodontal de grupos en determinadas poblaciones. Opinaron que como en el Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal existe la posibilidad de calcular el tiempo de tratamiento por sextante separadamente para establecer la cantidad total de tratamiento requerido.

El ICNTP, es una combinación del principio de evaluación dicotómica, la determinación de necesidades de tratamiento del Sistema de Necesidades de Tratamiento Periodontal y la división de toda la dentición en 6 segmentos como lo sugirió O'Learly (1976). En vez de cuadrantes, se utilizan sextantes como unidades básicas de examen para el registro de las necesidades de tratamiento. Para que participe en el registro, el sextante debe contener por lo menos dos dientes funcionantes. Las observaciones hechas en un solo diente remanente se incluirán en el registro del sextante adyacente. Se otorga sólo un registro a cada sextante. En los países en desarrollo, con baja experiencia de caries dental y tratamientos restaurativos, la pérdida de inserción dentaria pueda aparecer simultáneamente en toda la dentición. En tales casos, el registro por sextante puede ser establecido después del examen de los primeros y segundos molares en el sector posterior y de un diente central en el sector anterior. Esta selección de 10 dientes es recomendable para las encuestas epidemiológicas, aunque los resultados así obtenidos pueden sobrestimar las necesidades de tratamiento periodontal en las personas jóvenes y no llegar a identificar ocasionalmente algún paciente adulto con destrucción localizada avanzada del periodonto. Para asegurarse de que todos los sujetos con necesidades de tratamiento de la periodontitis avanzada sean identificados, se recomienda el examen de todos los dientes de cada sextante.

El registro de los códigos ICNTP se puede hacer en apenas 1-3 minutos. El método es práctico para la determinación preliminar de la necesidad de tratamiento periodontal durante la discriminación inicial del estado de salud bucal de un paciente sano. Después del tratamiento, el ICNTP nos es útil para vigilar el mantenimiento de la salud periodontal. El ICNTP está diseñado para indicar directamente qué porcentaje de un determinado grupo cronológico requiere tratamiento complejo, tartrectomía o enseñanza de higiene bucal. Para la planificación del tratamiento también es esencial saber si las bolsas profundas de determinada boca están ubicadas todas en un mismo sextante o en 4 sextantes

distintos. Con el ICNTP no es significativo utilizar diversos números codificados para calcular los valores promedios en las personas o poblaciones.

Toda 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 2 dientes en función. Si existe solamente un diente su registro se incluirá en el sextante adyacente.

Para la presente encuesta epidemiológica se examinarán 12 piezas

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

Se utilizó un código numérico de 0 a 4:

Código 0: periodonto sano, no necesita tratamiento alguno.

Código 1: en el sextante no existen bolsas periodontales, ni sarro y se observa un sangrado leve tras un sondeo correcto, el paciente solo necesita instrucciones para mejorar su higiene bucal y profilaxis.

Código 2: los surcos no exceden de 3 mm, se sienten cálculos durante el sondeo supra o subgingivales, se pueden encontrar márgenes defectuosos de una obturación o prótesis fija, el paciente necesita mejorar su higiene bucal, detartraje y alisado radicular.

Código 3: se encuentran bolsas periodontales de 4 a 5 mm, hay calculos supra y subgingivales, caries subgingival. El paciente necesita detartraje, alisado radicular y mejorar su higiene bucal.

Código 4: bolsas periodontales de 6 o más mm, movilidad dental, sangrado espontáneo y profuso, lesión de furca, cálculos supra y subgingivales. El cambio de color del 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. (11).

2. Caries:

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

3. Exodoncia:

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

4. Prótesis; se clasificaron necesidades de:

Prótesis fija se observaron las arcadas parcialmente desdentadas, de una o más piezas, con una unión rígida intermedia. Indicada en piezas sanas periodontalmente, espacios edéntulos unilaterales, cortos y rectos.

Prótesis Removible: cuando el espacio desdentado no se encuentra limitado en ambos extremos por dientes, espacios largos, pilares deficientes.

Prótesis Total: cuando una o ambas arcadas se encuentran totalmente desdentadas.

CRITERIOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES ORALES PARA LA POBLACION META ESTABLECIDOS POR LA URNG.

Se clasifico a los pacientes según la severidad del dolor dental, destrucción severa de tejidos duros o severa inflamación gingival de acuerdo al siguiente código de colores:

ROJO: caso urgente de tratamiento inmediato

AMARILLO: caso con algunas urgencias de tratamientos

VERDE: con patología a tratar en etapa posterior

BLANCO: piezas sin caries ni patología de tejidos blandos.

1. Para identificar las piezas a ser obturadas se acordó 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 de exodoncia, se priorizó un promedio de tres piezas por persona de acuerdo a:
 - Piezas que presenten destrucción dentaria profunda y/o destrucción de dos o más superficies, abscesos dentarios, dolor agudo o movilidad.
 - Restos radiculares con o sin sintomatología.
3. Se le dio importancia a los tratamientos periodontales de acuerdo a:
 - Pacientes que presentaron encía con inflamación, presencia de cálculos, sangrado. (37).

PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos en el presente estudio.

Se utilizaron cuadros y gráficas para ordenar los datos, con el fin de facilitar el manejo y la interpretación de los mismos.

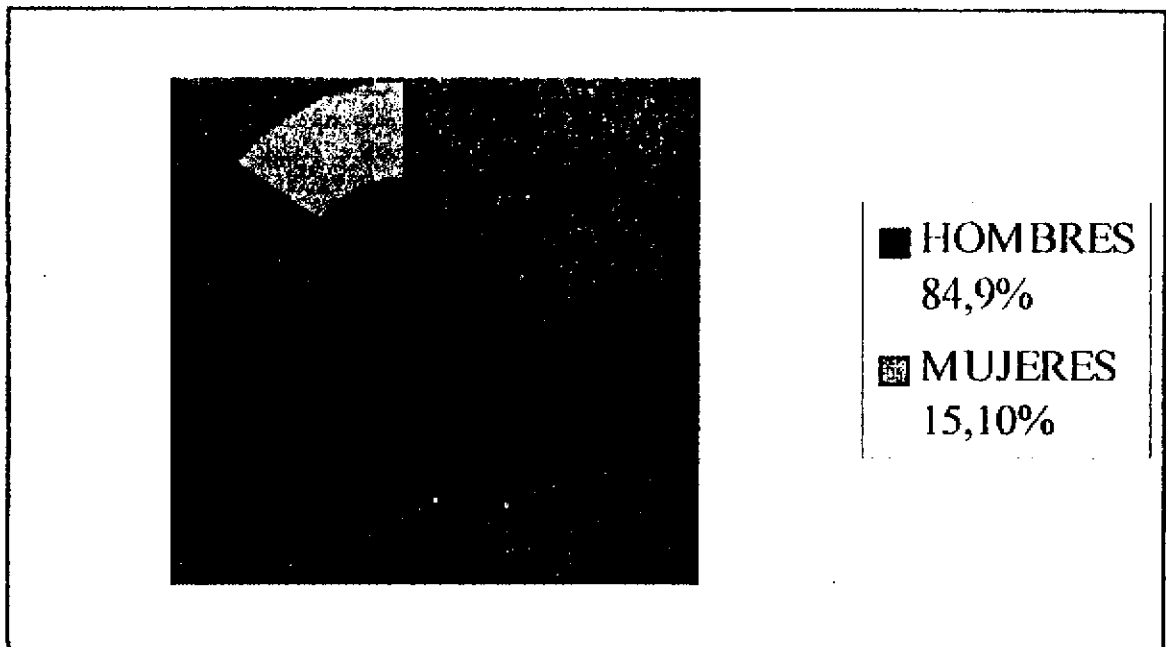
CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR SEXO DE LA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.

En la tabulación correspondiente a sexo, el porcentaje que nos muestra la gráfica indica que el 84.90% de la población de excombatientes del campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla eran hombres y el 15.10% eran mujeres.

HOMBRES	62	84.90%
MUJERES		15.10%
TOTAL		100.00%

GRAFICA No. 1



CUADRO No 2.

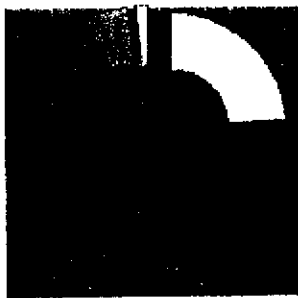
DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD DE LA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.

En la tabulación correspondiente a edad y sexo, muestra que el mayor porcentaje de excombatientes del campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla, corresponde al grupo de edad comprendida entre los 19 - 37 años, concluyendose que la población mayoritaria son adultos jóvenes.

EDAD	0 - 18	19 - 37	38 - 56	57 - 75	TOTAL
HOMBRES	15 20.50%	42 57.50%	4 5.50%	1 1.40%	62 84.9%
MUJERES	2 2.70%	9 12.30%	0 0%	0 0%	11 15.10%
TOTAL	17 23.20%	51 69.80%	4 5.50%	1 1.40%	73 100%

GRAFICA No. 2

HOMBRES
84.90%



- 0 - 18 AÑOS 20,50%
- 19 - 37 AÑOS 57,5%
- 38 - 56 AÑOS 5,5%
- 57 - 75 AÑOS 1,40%

GRAFICA No. 3

MUJERES
15.10



- 0 - 18 AÑOS 2,70%
- 19 - 37 AÑOS 12,30%
- 38 - 56 AÑOS 0%
- 57 - 75 AÑOS 0%

CUADRO No. 3

CLASIFICACION POR ETNIA DE LA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.

En la tabulación correspondiente a Etnia, muestra que el mayor porcentaje de la población de excombatientes, del campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla, predomina la clase indígena en ambos sexos.

CLASE	INDIGENA		LADINA		TOTAL	
HOMBRES	53	72.60%	9	12.30%	62	84.90%
MUJERES	10	13.70%	1	1.40%	11	15.10%
TOTAL	63	86.00%	10	14.00%	73	100%

GRAFICA No. 4

HOMBRES



□ INDIGENA 72,60%
■ LADINA 12,33%

GRAFICA No. 5

MUJERES



□ INDIGENA 13,70%
■ LADINA 1,36%

CUADRO No. 4.

CLASIFICACION POR ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.

ESCOLARIDAD		ALFABETIZADO	ANALFABETA	TOTAL	
12	16.40	53	72.60%	8	11%
				73	100%

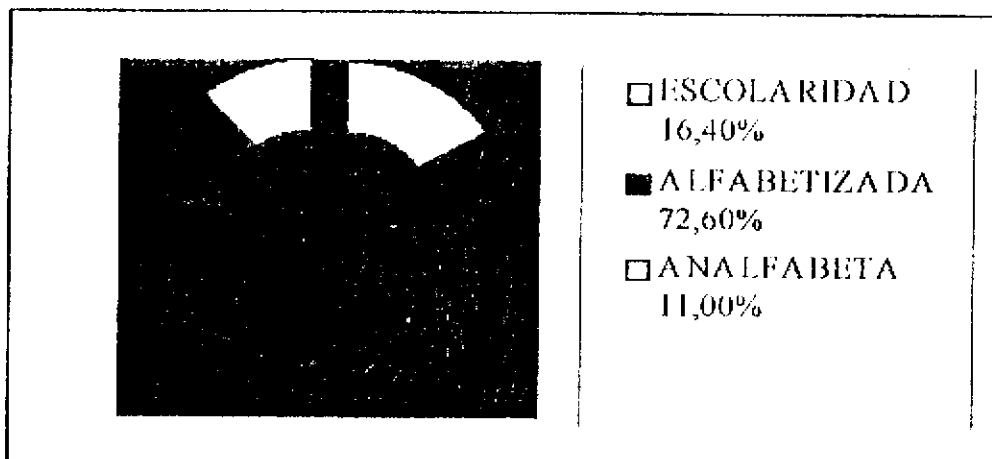
Maestros de educación primaria 4
 Sexto primaria 2
 Tercero primaria 3
 Segundo primaria 2

El 72.60% corresponde a la población alfabetizada por URNG.

El 16.40% corresponde a la población que fue a la escuela primaria, básico y diversificado.

El 11.00% corresponde a la población que no sabe leer ni escribir.

GRAFICA No. 6



CUADRO No. 5.

HISTORIA MEDICA ANTERIOR DE LA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.

La población de excombatientes de URNG del campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla, fue evaluada clínicamente por médicos de URNG y MDM-E durante la desmovilización. En el cuadro podemos apreciar las enfermedades más comunes que presentaron. Las infecciones micóticas afectaron a la mayoría de excombatientes.

	PALUDISMO	INFECCIONES MICOTICAS	DENGUE	AMEBIASIS
HOMBRES	23	64	10	29
MUJERES	3	9	8	5

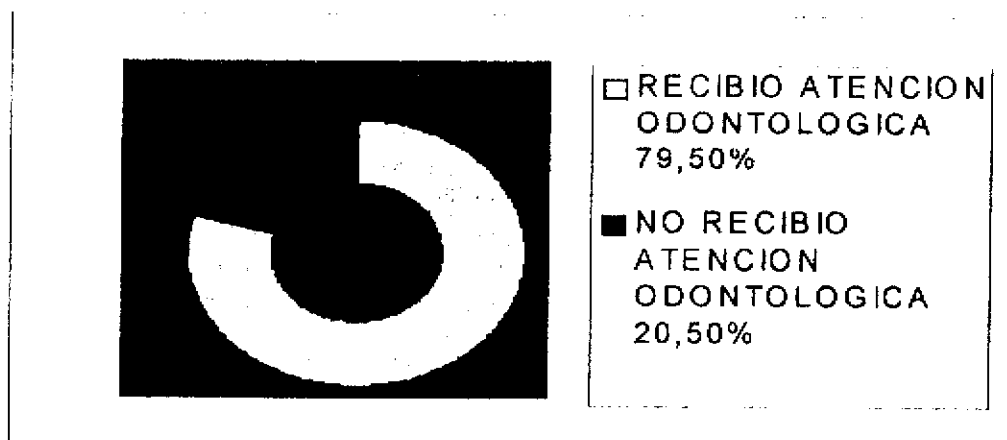
CUADRO No. 6.

HISTORIA ODONTOLÓGICA ANTERIOR DE LA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.

La historia odontológica anterior se realizó durante el interrogatorio previo al examen clínico. Este consistió en tratamientos realizados con anterioridad por parte de un odontólogo, mecánico dental o promotor en salud bucal, los resultados se muestran a continuación.

RECIBIO ATENCION ODONTOLÓGICA	NUNCA RECIBIO ATENCION ODONTOLÓGICA	TOTAL
58	15	73
79.50%	20.50%	100%

GRAFICA No. 7.



Como se puede apreciar, el 79.50% de excombatientes, del campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla, recibió atención odontológica, la cual consistió en exodoncias dentales, obturaciones de amalgama y resinas compuestas, y algunas prótesis.

CUADRO No. 7.

DIAGNOSTICO DE LA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.

Se realizaron 73 exámenes clínicos, un paciente era edéntulo total superior e inferior, a continuación se presentan los resultados generales de diagnóstico:

*	NECROSIS PULPAR	14	19.44%
◆	ENFERMEDAD PERIODONTAL	72	100%
●	CARIES	72	100%
♣	ESPACIOS EDENTULOS	25	34.24%

- * Solo se explica el número de pacientes que necesitaban extracción y no el número de extracciones realizadas.
- ◆ No se especifica, el grado de severidad.
- No se especifica, si es caries superficial o profunda, ni la superficie dental que abarca.
- ♣ Se agrupó a los excombatientes con espacios edéntulos, a continuación se especifican los tratamientos.

PROTESIS PARCIAL FIJA.	8
PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE	15
PROTESIS TOTAL	<u>2</u>
TOTAL	25

CUADRO No. 8.

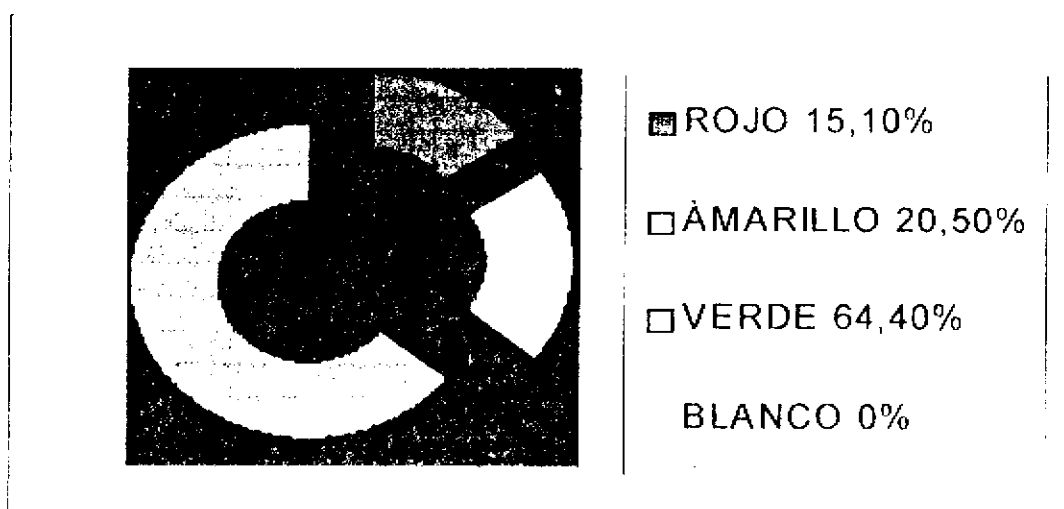
CLASIFICACION SEGUN LOS CRITERIOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO ESTABLECIDOS POR LA URNG EN LA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.

Se clasificó a los pacientes según el grado de severidad o de urgencia de los tratamientos requeridos. Los resultados son los siguientes:

CODIGO

ROJO		AMARILLO		VERDE		BLANCO	
11	15.10%	15	20.50%	47	64.40%	0	0
TOTAL		73		100%			

GRAFICA No. 8.



Como se puede apreciar en la gráfica, el mayor porcentaje, 64.40% corresponde a los pacientes clasificados código verde, le siguen con 20.50% los pacientes clasificados código amarillo, 15.10% a los pacientes clasificados código rojo y 0% para los clasificados blanco, lo que indica que no hubo paciente en esta.

Por lo anterior se concluye que la población mayoritaria fue clasificada código verde.

CUADRO No. 9.

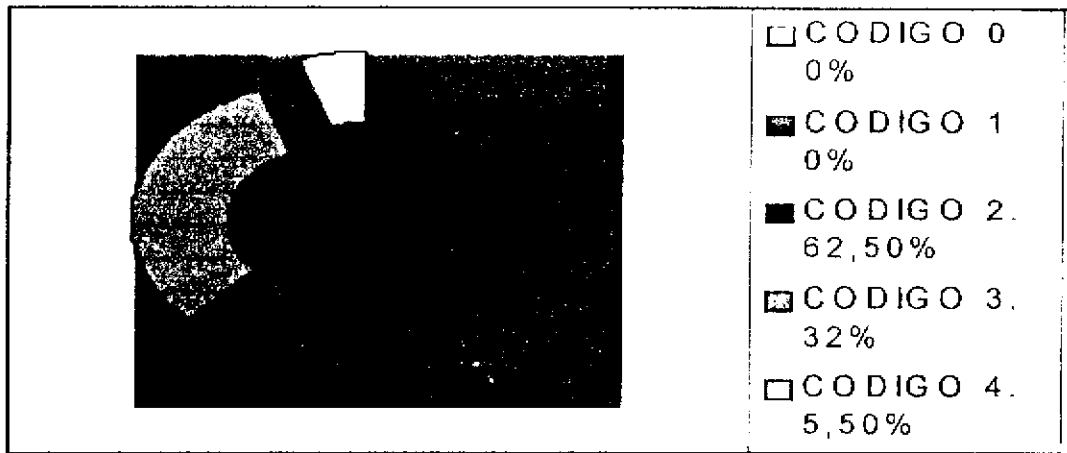
DIAGNOSTICO PERIODONTAL UTILIZANDO EL I.C.N.T.P. EN UNA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.

Se realizó el diagnóstico en base al índice comunitario de necesidades de tratamiento periodontal (ICNTP). Un paciente no fue tomado en cuenta por ser edéntulo total superior e inferior.

CODIGO	0	1	2	3	4	TOTAL
No. DE PACIENTES	0	0	45	23	4	72
	0	0	62.50 %	32 %	5.5 %	100 %

DIAGNOSTICO PERIODONTAL SEGUN ICNTP.

GRAFICA No. 9



Como se puede observar, el mayor porcentaje corresponde al código 2, por lo tanto se concluye que el 62.50 % de la muestra tiene un surco que no excede de 3mm., calculos supra o subgingivales, margenes defectuosos de una obturación o prótesis fija y necesita mejorar su higiene bucal, detartraje, alisado radicular e instrucciones de higiene bucal.

CUADRO No. 10.

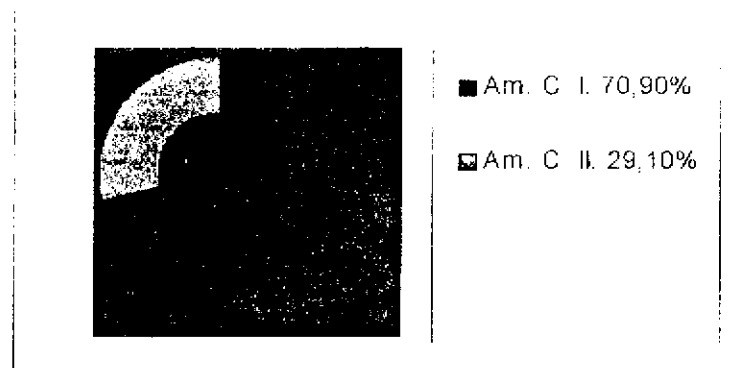
TRATAMIENTOS DE OPERATORIA DENTAL (AMALGAMAS DE PLATA) REALIZADAS EN LA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.

Se determinaron por simple inspección y en base a la eliminación de caries, clasificándolas Clase I O, OB, OL, L, B; Clase II MO, OD, MOD, MODL, MODB, MOL respectivamente.

Am. C I O	118	39.07%	Am C II MO	23	7.62%	TOTAL
Am C I OB	22	7.28%	Am C II DO	26	8.61%	
Am C I OL	19	6.29%	Am C II MOD	12	3.97%	
Am C I L	18	5.96%	AM C II MODB	8	2.65%	
Am C I B	37	12.25%	AM C I MODL	11	3.64%	
			AM C II MOL	8	2.65%	
SUB TOTAL	214	70.90%		88	29.10%	100%

TOTAL DE AMALGAMAS 302 = 100%.

GRAFICA No. 10.



Como se puede observar, las amalgamas clases I O, fueron las que más se realizaron.

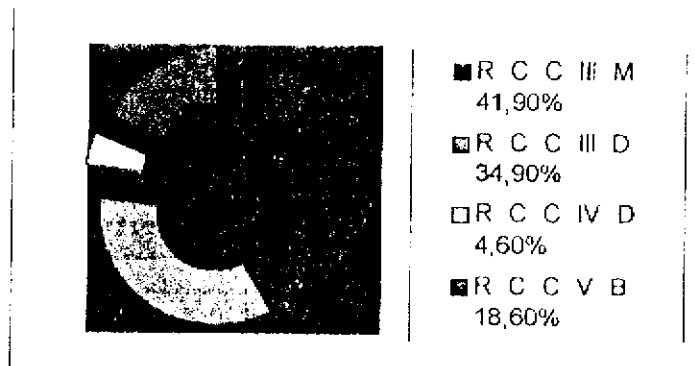
CUADRO No. 11.

TRATAMIENTOS DE OPERATORIA DENTAL (RESINAS COMPUESTAS) REALIZADAS EN LA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.

Como podemos observar, la mayoría de las restauraciones fueron clase III.

RC C III M	18	41.90%
RC C III D	15	34.90%
RC C IV D	2	4.60%
RC C V	8	18.60%
TOTAL	43	100%

GRAFICA No. 11.



DISCUSION DE RESULTADOS.

Al realizar este estudio se hizo un diagnóstico y se realizó la atención en salud bucal de la población desmovilizada de ambos sexos del Campamento Claudia, ubicado en Guanagazapa, Escuintla.

El estudio se efectuó por medio de un examen clínico de la cavidad bucal, para determinar un plan de tratamiento, acorde a las necesidades de cada excombatiente.

Encontrándose enfermedad periodontal en todos los excombatientes evaluados en total 72, lo que equivale al 98.63 % (no incluyendo a un paciente por ser edéntulo total superior e inferior). Los 72 excombatientes recibieron tratamiento periodontal (detartraje).

Además se encontró caries dental en los 72 excombatientes evaluados, representando el 98.63 % (no incluyendo a un excombatiente por ser edéntulo total superior e inferior). Los 72 excombatientes recibieron tratamiento dental operatorio, a 62 excombatientes se les realizaron las 5 obturaciones planificadas y a 10 excombatientes se les efectuaron 2 o 3 obturaciones, para así llegar a un total de 345 obturaciones, de las 684 piezas dentales cariadas examinadas en los 72 excombatientes, lo que equivale a un 50.43 % de piezas dentales obturadas.

En lo que se refiere a extracción dental de los 73 excombatientes evaluados, 14 necesitaron que se les realizara 1 o 3 extracciones, de los 14, a 9 excombatientes se les extrajeron las 3 piezas dentales como se acordó, y a 5 excombatientes se les extrajeron de 1 a 2 piezas dentales, para hacer un total de 25 extracciones dentales.

De los espacios edéntulos diagnosticados en los 73 excombatientes evaluados, solo 25 excombatientes habían sido afectados con anterioridad por extracciones dentales, los cuales deben ser rehabilitados por medio de una Prótesis. Los excombatientes que necesitan una prótesis parcial removible son 15 y de estos son 7 superiores y 8 inferiores. Los excombatientes que necesitan una prótesis parcial fija son 8 y de estos son 5 superiores y 3 inferiores. Lo anteriormente mencionado equivale al 34.24 % de los 73 excombatientes evaluados.

Los edéntulos totales, fueron dos, uno superior e inferior y otro solo superior, necesitando respectivamente una prótesis total cada excombatiente, lo que equivale a 2.73 % de los 73 excombatientes evaluados.

Con los datos anteriormente mencionados se concluye que las estadísticas del presente trabajo son completamente diferentes y no pueden ser comparables, ya que la población estudiada en el mencionado trabajo incluyó a pacientes de ambos sexos que vivieron de una forma diferente a la población en general.

CONCLUSIONES

- Se determinó el estado de salud bucal por medio del examen clínico de 73 excombatientes de URNG, en la fase de desmovilización del campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla.
- Dada las condiciones en que vivieron los excombatientes de URNG, diferente a la de un ciudadano normal, el servicio odontológico fue atendido con anterioridad en la mayoría de ellos según muestra el cuadro y gráfica de Historia Odontológica Anterior.
- La distribución por sexo de la muestra de la población de excombatientes del campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla, indica que el 84.90 % fueron hombres y el 15.10 % mujeres.
- La muestra de la población de excombatientes atendidos en el campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla, en su mayoría fueron clasificados adultos jóvenes, pues oscilaban entre los 19 –37 años.
- En la clasificación por etnia, la muestra de la población de excombatientes del campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla, predominó la clase indígena en ambos sexos.
- El 72.60 % de la muestra de la población de excombatientes del campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla, fue alfabetizada por URNG, el 16.40 % fue a la escuela primaria, básico y diversificado, el 11.00 % no sabe leer, ni escribir.
- La historia médica anterior, indica que las infecciones micóticas, afectaron a la mayoría de excombatientes de la muestra de la población del campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla, según evaluación clínica realizada por médicos de URNG y MDM-E, durante la desmovilización.
- La historia odontológica anterior, indicó que de la muestra de la población de excombatientes del campamento Claudia, Guanagazapa, Escuintla, el 79.50 % recibió atención odontológica y el 20.50 % nunca la recibió.
- Los valores registrados según el cuadro de diagnóstico, nos muestra que el 100% de la población atendida era afectada por caries y enfermedad periodontal, contrario a extracciones dentales con 19.44% y parcialmente edéntulos con 34.24%, en menor porcentaje respectivamente.

- Se encontró que el grado de severidad y urgencia en los tratamientos odontológicos requeridos fue clasificado verde, según los criterios del plan de tratamiento con 64.40% de la población, lo que indica que no hubo urgencia de realizar los tratamientos dentales.
- La enfermedad periodontal diagnosticada basada al INCTP, fue clasificada mayoritariamente código 2 con 62.50%, lo que indica que la profundidad del surco periodontal no excedía a 3 mm y la presencia de calculos fue poca.
- Los tratamientos dentales operatorios, según cuadros y gráficas nos muestran que en un alto porcentaje las piezas dentales fueron afectadas en una de sus superficies y por el tipo de cavidad realizada indica que la caries fue de incipiente a moderada.
- La extracción dental realizada fue poca, ya que requirieron del servicio 14 pacientes y a estos se les extrajeron 25 piezas dentales.
- Según resultados obtenidos la población de excombatientes de URNG de la finca Claudia, Guanagazapa, Escuintla se encontró en un estado de salud odontológica aceptable.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los datos obtenidos en el presente estudio sean recopilados junto a los demás datos obtenidos en los distintos campamentos de excombatientes de URNG, en la fase de desmovilización para que así pueda tenerse la información en un solo documento y que sea entregado a la fundación Guillermo Toriello.

- Dar a conocer a las entidades de salud los datos obtenidos en el presente estudio, para que conozcan la realidad del estado de salud de los excombatientes.

- Establecer los medios posibles para darle seguimiento a los tratamientos dentales diagnosticados en su oportunidad, para que los excombatientes sean tratados integralmente.

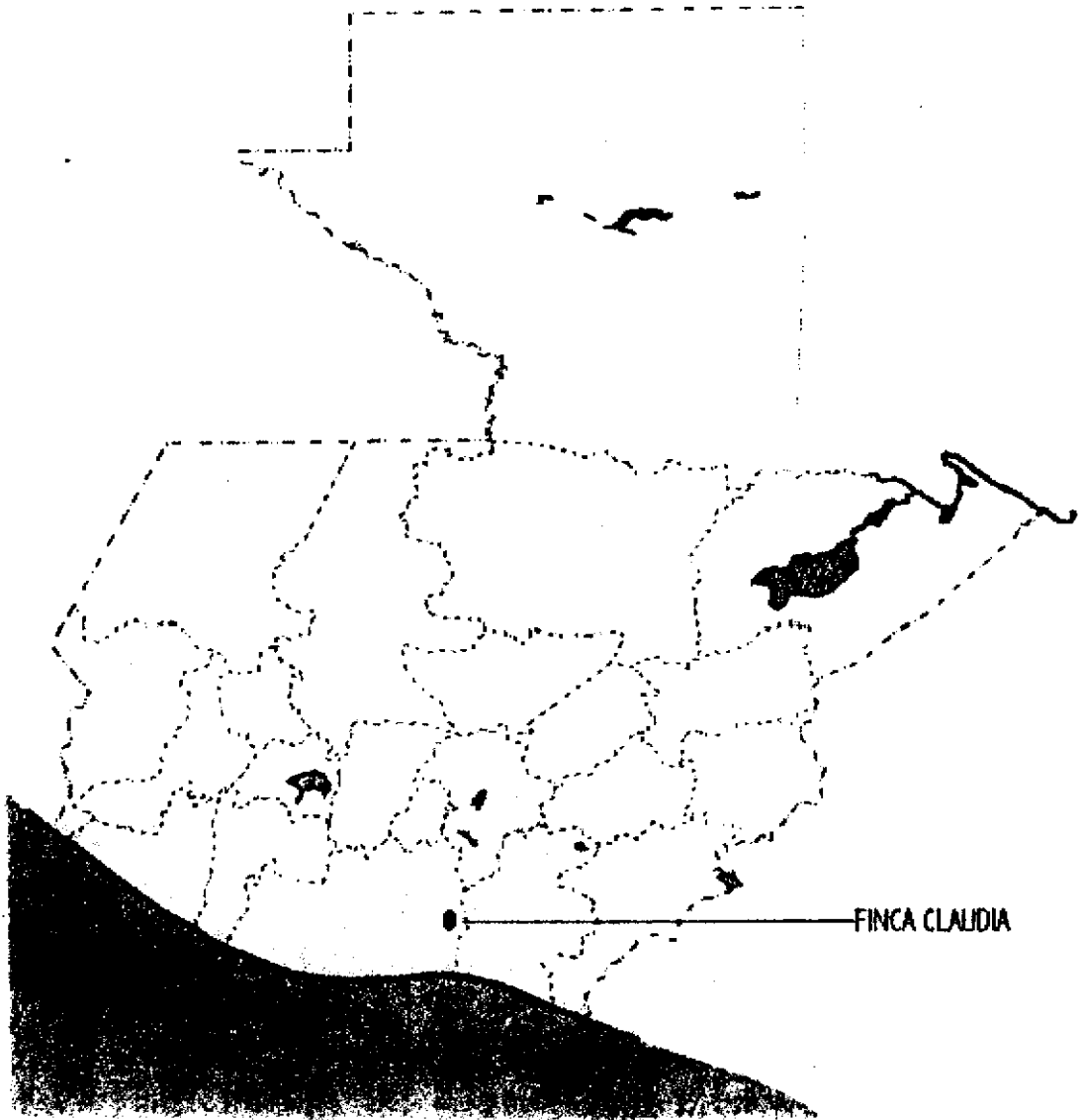
[Faint, illegible text and markings at the bottom of the page, possibly a signature or stamp.]

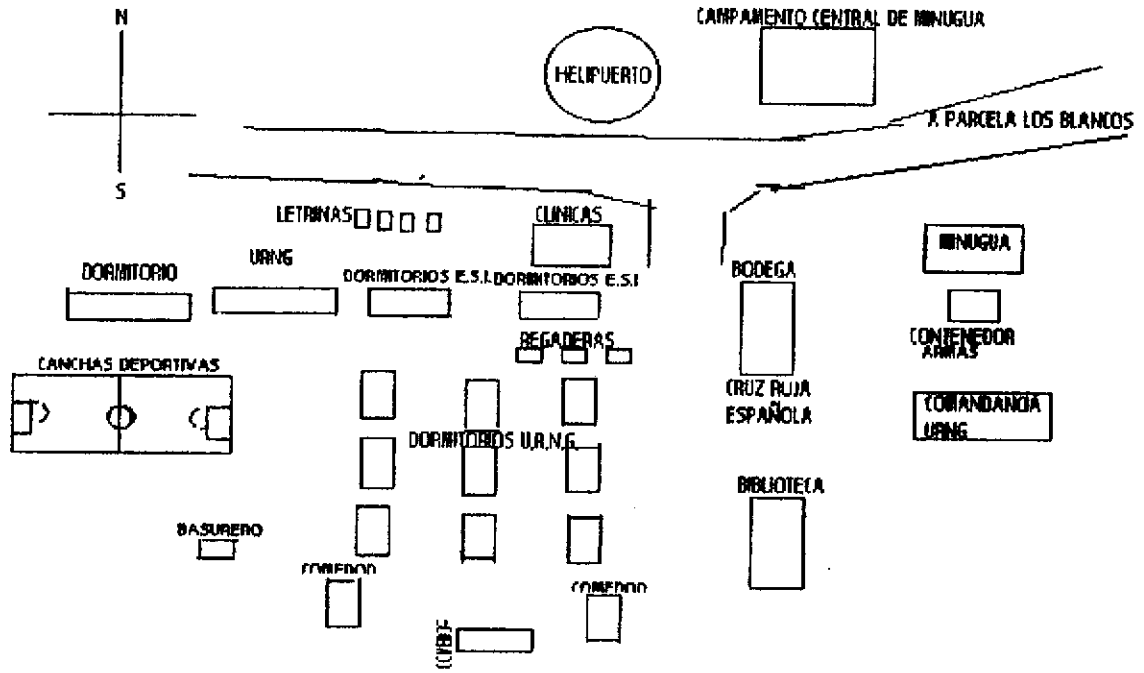
LIMITACIONES

1. **IDIOMA:** La barrera del lenguaje fue desde el principio evidente, ya que la mayoría de la población es maya hablante (Cakchiquel, Tzutujil, Quiché). Para superar esta limitación se contó con la colaboración de traductores, quienes estaban presentes gran parte del tiempo de trabajo.
2. **INASISTENCIA DEL PACIENTE:** Por la cual se perdió significativamente el tiempo disponible (60 días), para atender a la población. Entre las causas de la inasistencia están las actividades político - educativas y el taller de salud mental.
3. **FALTA DE INSTRUMENTAL E INSUMOS ODONTOLÓGICOS:** Al inicio se notó la falta de algunos materiales dentales básicos e insumos odontológicos como fresas adecuadas o la mala calidad de algunos materiales como la amalgama de plata y resinas compuestas.
4. **FALTA DE ENERGIA ELECTRICA Y AGUA POTABLE:** En el campamento el fluido eléctrico y el abastecimiento de agua no era constante.
5. **CLIMA:** En el campamento el calor extremo y el polvo fueron un impedimento en algunas horas del día para poder trabajar.

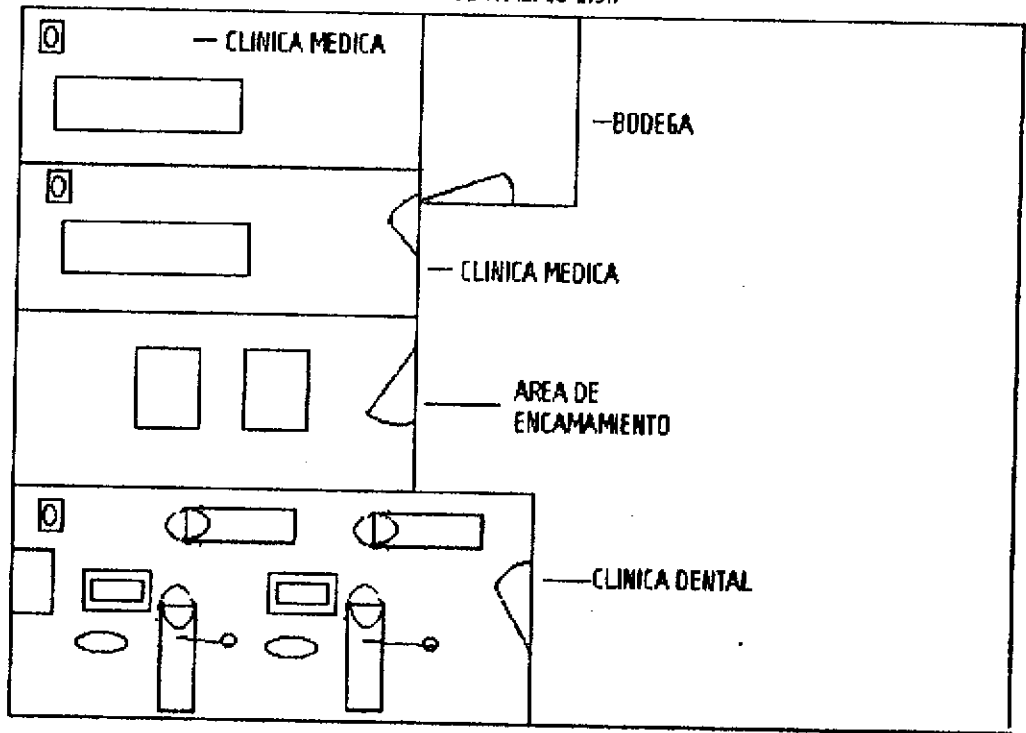
ANEXOS

UBICACION DEL CAMPAMENTO





MODULO DE TRABAJO E.S.I



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 1992. Guatemala, Editorial Corei, diciembre 1995. pp.1-3.

- 3.-Baum, Lloyd.-- Tratado de operatoria dental / Lloyd Baum, Ralph W. Phillips, Melvin R. Lund ; trad. por Irina Lebedeff Spengler.--2a. ed.-- México : Interamericana, 1988. 620p.

- 4.-Carranza, Fermin A.-- Periodontología clínica de Glickman / Fermin A. Carranza ; trad. por Laura Elías Urdapilleta, Enriqueta Ceron Rossainz.-- 7a. Ed.-- México : Interamericana McGraw - Hill, 1990. 1067 p.

- 5.-Catecismo del proceso de paz en Guatemala. Proyecto de Educación Cívica. ASC, Marzo - Octubre, 1994. Guatemala, Fundapaz, Diciembre 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. (Mario López Larrave. Vol. 6).

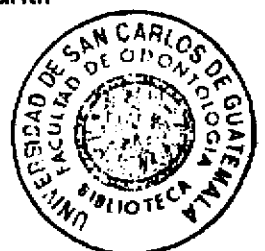
- 7.-De Toro y M. Gisbertt. Diccionario Larousse Ilustrado. Buenos Aires, Larousse, 1996. 2670p.

- 8.-Democracia con justicia social y proyecto alternativo. Guatemala, INCIDE, julio 1996. 37 p. (Serie Proyecto Alternativo).

- 9.-Durante Avellanal, C. Diccionario Odontológico, 2a. ed. Buenos Aires, Editorial Mundi, 1994. 1990 p.

- 10.-Fagianni Torres, M. Periodoncia: "Unidades de aprendizaje independiente. Guatemala, Ediciones Superación, 1991. pp 93-96.

- 11.-GAM y CIIDH. Quitar el agua al pez: análisis del terror en tres comunidades rurales de Guatemala (1980-1984). Guatemala, Editorial Estudiantil Fénix, 1996. 102 p. (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. 52 p.
- 13.- Haz bien y no mires a quien. P. 1. Odontología Gráfica (Guatemala). Año 17. No. 202, (sábado, 1 de marzo de 1997).
- 14.- Henderson, Davis.-- *Protesis Parcial Removible* / David Henderson, Víctor L. Steffel ; trad. por Martín Horacio Edenberg. 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 16, No. 14686. (lunes, 30 de Diciembre de 1996).
- 16.-Hoy se firma la paz. pp. 3 – 7. En periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala). Año 16, No. 14685. (domingo, 29 de dic. 1996).
- 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.-- México : 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. Febrero, 1997 11p.
- 22.-Montenegro Lima, G. R. César Montes: La paz se pudo firmar hace 30 años. p. 11. En Periódico la República (Guatemala). Año 4. (sábado, 22 de Febrero de 1997).
- 23.-_____ César Montes: tres movimientos crearon las FAR.-- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (domingo, 23 de Febrero de 1997).

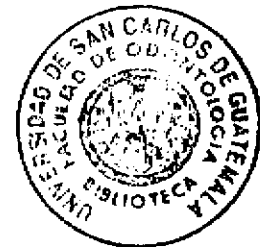


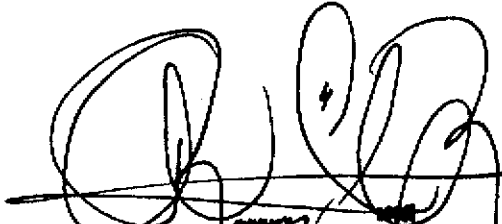
- 24.-_____ El "Che" Guevara y Yon Sosa, grandes figuras en la guerra de guerrillas.-- p.11.-- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (sabado, 22 de Febrero de 1997).
- 25.-_____ E. Guerra. César Montes: Yon Sosa y Turcios Lima construyeron la guerrilla. -- p.10 – 11.-- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (lunes, 24 de Febrero de 1997).
- 26.- Myers, George E.-- Prótesis 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, Revista, Impresos Herme, 1995. 136p.
- 28.-Ramírez C., G. A. Apuntes de técnica operatoria. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria, 1989. 314p.
- 29.-Saizar, Pedro.-- Prostodoncia total / Pedro Saizar.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1972. 495p.
- 30.-Salud integral en la fase de desmovilizado y de la incorporación de la URNG a la vida ciudadana. Guatemala, URNG, Julio de 1997. 72p. (versión final para el comentario.)
- 31.-San Ramón, H. La democracia de las armas. México, Latinoamericana, 1994. 280p.
- 32.-Seltzer, Samuel.-- Pulpa dental / Samuel Seltzer, I. B. Bender ; trad. por José Antonio Ramos Tercero.-- México : El manual moderno, 1987. 370p.
- 33.-Shillingburg, Herbert T.-- Fundamentos de prostodoncia fija / Herbert T. Shillingburg, 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. Y Mena L. Valles.-- 2a. Ed.-- Caracas : Actualidades Médico Odontológicas Latinoamerica, 1993. pp. 1 – 20, 97 – 100, 117.



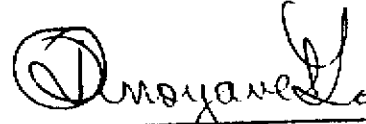
- 35.-Stockstill, John W., John F. Bowley y Ronald Attanasio. Analisis de desiciones clínicas en prostodoncia fija.-- pp 565, 569, 591, 594.-- En : Prostodoncia fija integral : John F. Bowley, John W. Stockstill, Ronald Atanassio, Directores huéspedes.-- México : Interamericana McGraw - Hill, 1992. (Clínicas Odontológicas de Norte América, Vol. 3).
- 36.-Taller de homogenización de criterios para la atención de salud integral en la Fase de desmovilización. Guatemala, URNG, 1997. 73p.
- 37.-Tiempo de paz. p. 30. En periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala). Año 46. No. 14685. (lunes, 30 de Diciembre de 1996).
- 38.-Un quetzal. p.16. En periódico Tinamit, (Guatemala). Año 6. 2a. Epoca, No. 202. (jueves 20 al miercoles 26 de febrero de 1997).
- 39.-Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Junta Directiva. Participación de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud, derivado de los Acuerdos de Paz. 17 de Enero de 1997. Acta No. 1-97.
- 40.-Valdeavellano Pinot, R. Manual de exodoncia. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area Médico Quirúrgica, Unidad de cirugía. 60pp.

Vo. Bo.






O.P. Rudy Alejandro Ramírez Cajas
Sustentante


ASESORES:




Dr. Danilo Arroyave Rittscher


Dr. Rodolfo Soto Galindo


Dr. Axel Popol
Comisión de tesis




Dr. Estuardo Vaides G.
Comisión de tesis


Vo. Bo.

Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Secretario