

*“DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION
DESMOVLIZADA, EN EL CAMPAMENTO: SACOL, ALTA VERAPAZ, EN LA FASE
DE DESMOVLIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA
CIUDADANA. DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997”*

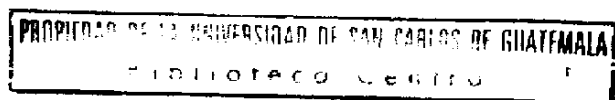
TESIS PRESENTADA POR :

Mildred Tatiana Herrera España

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

Cirujano Dentista

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1998.



09
7(788)
C.4

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo:	Dr. Luis Barillas Vásquez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Guillermo Martini Galindo
Vocal Quinto:	Br. Alejandro Rendón Terraza
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero (Miembro J.D.):	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Segundo (Asesor):	Dr. Angel Rodolfo Soto
Vocal Tercero:	Dr Linton Grajeda
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

DEDICO ESTE ACTO

A DIOS

A MIS PADRES:

Hernán Herrera Paiz
Emma España de Herrera

A MIS ABUELOS

Héctor Augusto España B. +
Verónica Ramírez de España +
Betzabé Paiz Vda. de Herrera
Ramón Herrera +

A MIS HERMANAS:

Astrid Lorena
Karen Saraya
Karla Mireya

A MIS SOBRINOS:

Astrid María
Manuel Angel
Luis Hernan

A MI AMIGA

Vanessa Karla Paola Noguera

A MI FAMILIA EN GENERAL

DEDICO ESTA TESIS

A DIOS

A GUATEMALA

A GUALAN, ZACAPA

A EL INSTITUTO NORMAL CENTRAL PARA SEÑORITAS BELEN

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado "DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION UBICADA, EN EL CAMPAMENTO: SACOL, ALTA VERAPAZ, EN LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997" Con forme lo demandan los Estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, requisito final previo a optar al título de Cirujano Dentista.

Quiero expresar mi especial agradecimiento al Dr. Rodolfo Soto, Dr. Danilo Arroyave y Dr. Carlos Alvarado, por su valiosa colaboración al guiarme en la realización de este trabajo de investigación.

Y a vosotros, distinguidos miembros de este Honorable Tribunal Examinador, aceptad mis más altas muestras de consideración y respeto.

HE DICHO

v.

INDICE

	PAGINA
SUMARIO	1
INTRODUCCION.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACION.....	5
REVISION DE LITERATURA.....	6
OBJETIVOS.....	38
VARIABLES.....	39
METODOLOGIA.....	41
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	46
CONCLUSIONES.....	65
RECOMENDACIONES.....	66
LIMITACIONES.....	67
ANEXOS.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	71

SUMARIO

La presente investigación se llevó a cabo con el propósito de obtener información acerca del estado de salud oral de los excombatientes miembros de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), ubicado en el Campamento de Sacol, Alta Verapaz, por lo que se hizo necesario establecer sus mayores necesidades odontológicas.

Para obtener los datos necesarios se realizó un examen odontológico al total de la población adulta dentro del campamento, para clasificar y priorizar la atención odontológica posterior.

El estado de salud oral de los excombatientes resultó bastante heterogéneo. Las fuerzas irregulares residían en forma permanente en sus respectivas comunidades y las fuerzas regulares, por su parte, residían en campamentos guerrilleros, cabe mencionar que ambos grupos, irregulares y regulares, fueron concentrados en los mismos campamentos para la fase de desmovilización, por lo que el estado de salud bucal de la población fue una mezcla.

Las fuerzas regulares contaban con promotores dentales capacitados que residieron durante el enfrentamiento armado en los campamentos, por lo cual el estado de salud bucal de ellos fue más favorable.

La población estuvo integrada por 566 adultos, siendo el 16.77 % del sexo femenino y el 83.22 % del sexo masculino, comprendidos entre las edades de 15 - 52 años, siendo un mayor porcentaje de raza indígena.

Dada la situación de guerra, los excombatientes no habían tenido una adecuada atención odontológica por lo que se pensaba que las condiciones serían muy malas, sin embargo, los hallazgos encontrados reflejan la presencia de caries y enfermedad periodontal, en un estado que se puede catalogar como normal dentro de la comunidad guatemalteca.

Se realizó un diagnóstico de salud bucal al 100 % de los excombatientes dentro del campamento y se brindó atención al 60 % de la población adulta.

INTRODUCCION

El 29 de diciembre de 1996, culminó, 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 fue coordinada por la Misión de Verificación de Naciones Unidas para Guatemala (MINUGUA) y contó 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 contempló 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)

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 distribuidos en los 8 campamentos del último año de la Carrera de Cirujano Dentista para prestar sus servicios como tales, conociéndose de antemano que la atención de la Salud Bucal es necesaria para esta población que no ha contado con la misma durante treinta y seis años de guerra interna.

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 neta de 60% de la totalidad de concentrados. La tercera y última fase fue la elección de las piezas dentales a ser tratadas específicamente en el campamento Sacol, Alta Verapaz, donde fueron asignados 6 estudiantes. (37)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

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

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

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 para orientar las acciones a seguir en un futuro inmediato.

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

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

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

REVISION DE LITERATURA

ANTECEDENTES HISTORICOS:

La guerra surgió como consecuencia de la contra revolución que en 1954 derrotó al presidente electo constitucionalmente: el coronel Jacobo Arbenz Guzmán y de la radicalización que ello provocó en los militares que se sublevaron en 1960, en contra del General Ydígoras 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 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 conciencia de clase de los sectores dominados o sus formas de organización, aunque parece evidente que las otras forma de lucha social no habían sido agotadas .(7)

Todo comenzó dentro de las filas del ejército; una insubordinación entre los mismos oficiales para derrocar al régimen. Ningún Guatemalteco imaginó que a partir

de ese momento, cuando el calendario marcaba el 13 de Noviembre de 1960, se 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 conspirativa 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: en relación a las políticas del entonces Ministro de la Defensa Nacional, disgusto por corrupción y descuido en diversas ramas de la administración militar.
- B. Descontento por razones externas: los militares se resentían de los preparativos para la invasión a Cuba, que desarrollaba la brigada de exiliados Cubanos llamada " 2506 " en los terrenos de la finca Helvetia, en Retalhuleu. Esto último se explica si se recuerdan los condicionantes de la ideología militar: soberanía nacional, no existencia de otros cuerpos armados en el país.
- C. Descontento contra el gobierno 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 del Trabajo , -PGT-, o partido comunista y otros grupos de poder para participar con ellos.

Sin embargo , a las pocas semanas el MR-13 es tocado en sus cuarteles, 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 Concuá, Baja Verapaz; y el de un hermano de Yon Sosa, sin embargo ambos fracasan en sus intentos.(24, 25, 38).

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

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

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

Según César Montes uno de los errores de Peralta Azurdia fue el enfrentar a la guerrilla de aquel entonces, tuvo aciertos y mantuvo un combate contra la corrupción y estableció el aguinaldo pero comenzó a combatir a los del 13 de Noviembre después de derrocar a Ydígoras. 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 ésta 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 Moran
- 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 el PGT: se efectuó un intento de constituir un frente único, que ampliará el apoyo político a la guerrilla, llamado FUR.

A partir de 1964 se presenta una facción divisionista de tendencia 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 continuó operando independientemente con el nombre de Movimiento Rebelde 13 de Noviembre.(7)

La contracción de los dos períodos de auge guerrillero de 1966-67 y 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 tornarse 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 John 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 que 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 laboralista 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 conmocionada ante la masacre de Panzós, Alta Verapaz donde cerca de 100 campesinos mueren en manos del ejército, durante una protesta para exigir tierras, en 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, 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 del país.(12)

En 1982 se materializa un golpe de estado y los alzados entregan el poder a un triunvirato encabezado por el general Efraín Ríos Mont, existiendo mayor represión contra la 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 Víctores, convocando a una Asamblea Constituyente para elaborar una nueva constitución política de la República y programa elecciones generales para 1985.

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

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

Esta maniobra aperturista contó con el apoyo reforzado de países como Israel y 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 Permuti logra la firma del acuerdo para la búsqueda de la Paz, por medios 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 :

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

2. La negociación indirecta comprende :

- 2.3. Primera reunión de presidentes de C.A. Esquipulas I, el 15 de Mayo de 1986.
- 2.4. Procedimiento para establecer la paz firme y duradera en Esquipulas II el 7 de Julio de 1987.
- 2.5. Garita de Alajuela. Evaluar la amnistía y democratización el 16 de Julio de 1988.
- 2.6. Comisión Nacional de Reconciliación -C.N.R-. y diálogo nacional el 7 de Noviembre de 1988.

2.7. Comisión Nacional de Reconciliación -C.N.R.- logra que Gobierno y URNG firmen Acuerdo de Oslo (paz por medios políticos), el 30 de Marzo de 1990.

- Nota: La Comisión Nacional de Reconciliación -CNR- esta formada por:

El gobierno, la Iglesia Católica, Partidos Políticos, Ciudadanos Notables, Organizaciones de Trabajadores, Organizaciones Empresariales, Organizaciones 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 1990.
- 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 1991
- 4.3. URNG y Gobierno firman el Acuerdo Marco para la Búsqueda de una Paz Total por medios políticos, ACUERDO DE QUERETARO, junio 1991.
- 4.4. URNG propone el documento: Una Paz Justa y Democrática, Contenido de la Negociación, mayo 1993.
- 4.5. Gobierno propone 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 1992.

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

5.6. Acuerdo Marco para la reanudación del proceso de negociación entre el Gobierno y la URNG, México, enero 1994.

5.2 Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, México, marzo 1994.

5.3 Acuerdo de calendarización de la negociaciones para una paz firme y duradera en Guatemala, México, marzo 1994.

5.4. Acuerdo sobre el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, Oslo, junio 1994.

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

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

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 la 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, Reforma 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 del traje.
 - Ciencia y tecnología.
 - Reforma educativa .
 - Medios de comunicación masiva.
- Derechos civiles políticos. sociales y económicos:
 - Marco constitucional.

- Comunidades y autoridades indígenas locales.
 - Regionalización.
 - Participación a todos los niveles.
 - Derecho consuetudinario.
 - Derecho relativos a tierras de los pueblos indígenas.
- Comisiones paritarias:
 - Recursos
 - Disposiciones finales.

5. Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria:

- Democratización y desarrollo participativo.
 - Participación y concertación social.
 - Participación de la mujer en el desarrollo económico y social.
- Desarrollo social:
 - Educación y capacitación.
 - 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 su obligación sobre la salud y asistencia social. (1)

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

La fase de desmovilización se pensó para que, en un plazo de 60 días a partir del denominado "Día D", los excombatientes concentrados y desarmados en 8 campamentos, cuya ubicación fue seleccionada por la comandancia de 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 abandonara 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 Charnorro (Nicaragua), José María Figueres (Costa Rica), Ernesto Pérez Balladares (Panamá), Ernesto Zedillo (México), Rafael Caldera (Venezuela), Ernesto Samper (Colombia) el jefe del Gobierno

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

En medio de la algarabía que se vivió en el parque central, el Presidente de la República Alvaro Arzú, acompañado del Comandante Guerrillero Rolando Morán, encendieron al pie de la bandera la llama de la paz, que simbolizó el fin del conflicto armado en la 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 la URNG a la vida Ciudadana. (31)

Los Odontólogos Practicantes solicitados a la Facultad de Odontología debían de llenar ciertos requisitos como el ser voluntarios, disponer de 60 días en los cuales se 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 Décimo Noveno del Acta No. 29-96 de su sesión celebrada el día 27 de noviembre de 1996 y de acuerdo con la recomendación del Consejo Académico de esta Facultad, acordó:

1.1. Apoyar la participación de la Facultad de Odontología en el Proceso de Paz, integrándose al equipo multidisciplinario que participará en el programa Extraordinario de Salud en los campamentos de la URNG.

1.2. Que los estudiantes que voluntariamente se integren en ese programa que permanezcan por dos meses en los campamentos de la URNG, puedan elegir cualquiera de las opciones siguientes, en cuanto a su desempeño curricular en la Facultad de Odontología:

a. Que la actividad extraordinaria desarrollada durante esos dos meses en los campamentos de la URNG, sea equivalente a cuatro meses efectivos de su E.P.S.

Los Odontólogos Practicantes que optaron por ésta son:

- O.P Juan Carlos Villegas
- O.P Maria del Rosario Batres
- O.P Luis Paredes
- O.P Carolina Arango
- O.P Marcia Roulet
- O.P Adrián Alvarado
- 7 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.(18)

Los Odontólogos Practicantes que optaron por ésta opción son:

- | | |
|---|------------------------------|
| O.P Mildred Tatiana Herrera España | O.P Arturo Castillo |
| O.P Vanessa Karla Paola Noguera Morales | O.P Sandra Aguilar |
| O.P Lidia Waleska Tejaxún Campos | O.P Delita Tonti |
| O.P Neyda Yesenia Zuleta Bonilla | O.P Byron Olivar |
| O.P Juan Ignacio Asencio | O.P Julio Anleu |
| O.P Léster Molina | O.P José Juárez |
| O.P Rudy Ramírez | O.P Sara Sandoval |
| O.P Cesar Roulet | O.P Caludia Barrientos |
| O.P Rudy Ixcaraguá | O.P José Carranza |
| O.P Demetrio López | O.P David Batres |
| O.P Mario Medina | O.P Fredy Hernández |
| O.P Patricia Campbell | O.P Mario de León |
| O.P Leonel Sinai | O.P Juan Sebastián Rodríguez |
| O.P Mario Illescas | O.P Wagner Monterroso |
| O.P Carlos Mogollón | O.P Luis Carlos Herrera |

Previo a la fase de Desmovilización es necesario realizar 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, el 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 tiene 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 contempla 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: exodoncias, operatoria, tratamiento periodontal. (37)

Responsabilidades Asumidas en el Plan por las Diferentes Instituciones Participantes :

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

- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
- Fortalecimiento de los servicios de salud.
- Coordinación de mecanismos de referencia.
- Procesar muestras de laboratorio.
- Facilitar y asegurar la cadena fría.
- Facilitar recurso humano e insumos para fumigar.
- Asesorar al equipo coordinador y a la Comisión de Salud Local.
- Facilitar la cooperación de epidemiólogos.
- Papelería para la administración de servicios ofrecidos.

2.- Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-:

- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
- Conducir a nivel del Equipo de Salud Interno la planificación, ejecución, y evaluación de las acciones de todos los programas 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 de plan.
- Corresponsable a nivel del Equipo de Salud Interno en la planificación, ejecución y evaluación del Programa de Atención Médica.
- Administrar los recursos financieros de la Unión Europea, para la compra y abastecimiento de los insumos de la atención integral en salud de los campamentos.
- Movilización de personal de salud y enfermos para referencias médicas.

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 a la Comisión de Salud Local.
 - Administrar los recursos financieros de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos -USAID- para el fortalecimiento de la red de servicios de referencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-
- (31)

DESCRIPCION DEL CAMPAMENTO:

Campamento Sacol , Nuevo Chahal, Alta Verapaz:

- Datos Generales:

- Nombre: Finca Sacol
- Situación: 15°52'60" N-89° 24'930" W/BN 4256.
- Frente de Concentración: FAR. Regional Norte, Capitán Hernandez, Frente Lucio Ramírez y Frente Panzós Heroico.
- Número de Combatientes: 656
 - 90 niños
 - 95 mujeres
 - 471 hombres

- Características:

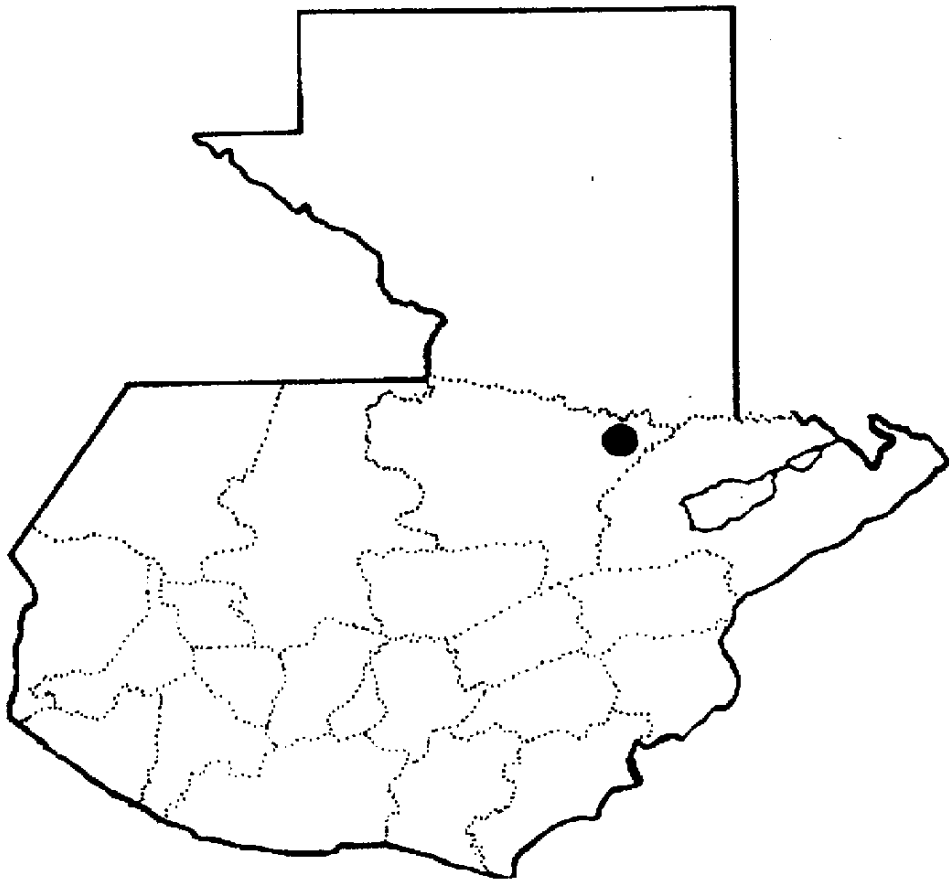
- Descripción Topográfica del área en general: irregular, zona con terreno quebrado con cerros.
- Descripción topográfica del punto:

- Terreno abrupto, selva con pequeños potreros
 - Algunas explanadas en el campamento y en el casco de la finca (2 kilómetros)
 - No se observa el campamento desde la carretera o del casco de la finca.
 - Dispone de un helipuerto improvisado por la propia guerrilla.
 - Hay una pista de aterrizaje a 600 metros.
- Clima: cálido con precipitaciones fuertes.
 - Vegetación: selva ecuatorial, con árboles de distintos tipos.
 - Ríos: "Gracias a Dios" caudaloso a 2 Km. del punto, de 30m. de ancho.
 - De la finca al campamento hay que cruzar el río con un lanchón el cual puede transportar vehículos o equipo pesado. El camino del río al campamento es transitable con vehículo ligero.
 - Tomas de agua: Existe una toma natural, un nacimiento con agua limpia que se usa para los combatientes.
 - Energía Eléctrica: no hay tomas eléctricas en las cercanías del punto, por lo que utilizarán plantas eléctricas.
 - Las poblaciones cercanas: Río Dulce a 40 Km, Modesto Méndez a 23 Km.
 - Características de la guerrilla a concentrarse:
 - El 90 % de la guerrilla no habla español sólo Kekchí.
 - Un 90 % son analfabetas.
 - Material del que está construido el campamento: son cabañas construidas con troncos y el techo de palma, las paredes son de plástico para ser colocadas de noche. Las instalaciones de la clínica médica y odontológica son de madera y techo de palma.
 - Alimentación: esencialmente es a base de frijol, arroz y café.
 - En el campamento existen 5 compañías cada una con un Capitán los cuales son dirigidos por el Comandante del campamento. Fuera del campamento a 2 Km. se encontraba el Campamento de MINUGUA.(21,31)

PERSONAL DE SALUD E INSTANCIAS DE APOYO DEL CAMPAMENTO SACOL

- 2 MEDICOS DE URNG: responsables del equipo de salud interno - ESI . El cual es responsable de coordinar todas las actividades de Atención Integral de salud, dentro del campamento.
- 1 MEDICO DE MEDICOS DEL MUNDO ESPAÑA: el cual tenía responsabilidad a nivel del Programa de Atención Médica conjuntamente con los médicos de URNG.
- 6 PROMOTORES DE SALUD DE URNG: los cuales participaron en las actividades de salud, de acuerdo a su nivel: examen físico completo, salud mental, promoción y prevención.
- 2 PROMOTORES DENTALES DE URNG: los cuales participaron la educación en salud bucal y tratamientos odontológicos.
- 1 TECNICO DENTAL DE LA UNIVERSIDAD MISIONERA DEL POBRE: el cual participó en educación en salud bucal, tratamientos odontológicos, instalación y reparación del equipo odontológico.
- 6 ODONTOLOGAS PRACTICANTES DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS: las cuales participaron en la identificación, clasificación, examen odontológico genera, ficha diagnóstica, educación en salud bucal, tratamientos dental integral y referencia de pacientes.
- 5 COMBATIENTES QUE FORMARON EL GRUPO DE APOYO ESI: responsables de la vigilancia epidemiológica y el saneamiento ambiental.
- 1 CHOFER LOGISTICO DE MDM-E: responsables de recoger materiales, equipo y medicamentos. (37).

UBICACION DEL CAMPAMENTO
SACOL



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 iniciando en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte. La siguiente clasificación incluye todas las formas de enfermedad periodontal destructiva crónica:

1. Periodontitis marginal en la cual la destrucción de los tejidos periodontales, inflamación formación de bolsas y pérdida ósea es causadas por la placa bacteriana.
2. Periodontitis juvenil, que constituye un grupo especial de lesiones avanzadas en niños y adolescentes. La cual se divide en generalizada vinculada con enfermedades sistémicas y localizada que se caracteriza por lesiones angulares profundas en primeros molares e incisivos en adolescentes saludables.
3. Periodontitis ulcerosa necrosante, por lo general es una secuela destructiva avanzada de la gingivitis ulcero necrosante aguda. (5)

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

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

1. Etapa I: clínicamente. la reacción inicial de la encía a la placa bacteriana no es evidente. Esta reacción vascular es en esencia la dilatación de capilares e incremento del flujo sanguíneo.
2. Etapa II: con forme pasa el tiempo, aparecen signos clínicos de eritema, también puede presentarse hemorragia durante el sondeo.
3. Etapa III: en esta los vasos sanguíneos se obstruyen y congestionan el resultado es 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 denominada gingivitis marginal crónica o simple.

Entre otros tipos de enfermedad gingival están:

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

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

INDICE UTILIZADO PARA DETERMINAR EL ESTADO PERIODONTAL DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

Índice³ de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario :

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 nuestra encuestas epidemiológicas se examinarán 12 piezas

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

Se utilizará un código numérico de 0 a 4 :

Código 0: ausencia de piezas en el sextante.

Código 1: en el sextante no existen bolsas periodontales ni sarro y se observa hemorragia, el paciente solo necesita instrucciones para mejorarse.

Código 2: las bolsas no exceden de 3 mm, se sienten cálculos durante el sondeo, el paciente necesita detartraje y mejorar su higiene bucal.

Código 3: bolsas de 4 a 5 mm el paciente necesita detartraje y mejorar su higiene.

Código 4: bolsas de 6 a más mm el sextante necesita de tratamiento complejo es decir detartraje profundo, curetaje e incluso cirugía.

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. (18)

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

CARIES DENTAL:

Es una degeneración progresiva y localizada de los dientes, que se inicia por desmineralización superficial de los tejidos duros debido a los ácidos orgánicos, como el ácido láctico elaborado por los microorganismos de la placa bacteriana entre los que están: micoplasma, levaduras, protozoarios, virus en diferentes proporciones, streptococcus mutans, colonias cocos, s. sanguis, especies de lactobacillus, actinomyces viscosus, streptococcus salivarius, actinomyces naeslundii, bacteroides y espiroquetas (10,35)

Se diagnostico por examen clínico utilizando los siguientes parámetros:

- Caries rampante:

1. La dentina de la cavidad será blanda al sondeo, como resultado de la disolución rápida y de la eliminación de sales minerales..

2. Las superficies del esmalte pueden estar cubiertas con manchas difusas de aspecto blanco y terso, lo que revela lesión de superficie amplia.

3. La dentina dentro de la cavidad sólo se decolora levemente, pues se pierde con rapidez y no logra mancharse con café, jugos de frutas y otros alimentos.

-Caries de actividad lenta:

1. Las cavidades serán de color pardo oscuro o negro. Debido a que la dentina sufre la acción de los colorantes alimentarios, absorberá las manchas y su coloración será proporcional al tiempo de exposición. Por tanto, la dentina cariada o se identifica por su color sino por su textura.

2. La dentina es más densa al sondeo con un instrumento afilado. Esto es resultado de la descalcificación lenta, en comparación con la descalcificación rápida de la etapa aguda.

3. Las láminas frágiles de esmalte que cubren la cavidad presentan mayor posibilidad de fracturarse, en tanto que en la lesión de desarrollo rápido se aprecia el esmalte intacto.. El uso prolongado y las fuerzas de la masticación tienden a fracturar las aristas del esmalte.

Un método para clasificar las lesiones es el que ideó el Dr. G. V. Black hace 100 años, y que aún se utiliza . Para ello, se la localización específica de las lesiones comunes sobre los dientes donde suelen presentarse y es la siguiente:

Clase I: estas lesiones se presentan en fosetas y fisuras en todos los dientes, aunque suelen corresponder a molares y premolares.

Clase II: una cavidad de la superficie proximal del diente posterior, pertenece a esta categoría. Una cavidad de superficie lisa o una lesión mesial o distal, ambas suelen localizarse por debajo del punto de contacto.

Clase III: son lesiones que afectan los dientes anteriores, pueden aparecer en la superficie mesial o distal de anteriores o canino.

Clase IV: es una extensión de la clase III, es una lesión sobre la superficie proximal de un diente anterior, en la que también falta el ángulo incisal.

Clase V: por definición esta puede aparecer en la superficie bucal o lingual. Sin embargo, estas lesiones ocurren en mayor frecuencia en las zonas adyacentes a los labios y carrillo y no en las zonas cercanas a la lengua.

Clase VI : esta cavidad se encuentra en las puntas de las cúspides o en los bordes de mordida de los incisivos, pocas veces da como resultado un sitio propenso a la caries.

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

Están indicadas:

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

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE: Es la rama de la prótesis dental que se dedica al reemplazo de los dientes perdidos y de los tejidos que lo rodean a través de la utilización de piezas y tejidos presentes ,mediante la planeación, diseño y construcción de prótesis que serán removidas por el paciente, contribuyendo de esta manera al confort y estética del paciente, siendo sus indicaciones: la longitud del espacio edéntulo que contraindique el uso de prótesis fija, ausencia de dientes posterior al espacio edéntulo, soporte periodontal disminuido en los dientes remanentes, necesidad de estabilización del arco cruzado para contrarrestar las fuerzas laterales y antero posteriores, pérdida excesiva del hueso del reborde residual usando una base de dentadura con una parcial removible para devolver la parte perdida de el 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 alvéolo (10).
Piezas que presenten destrucción dentaria profunda y/o destrucción de dos o más

superficies dentales, con dolor agudo y movilidad, restos radiculares con o sin sintomatología, piezas dentales incluidas o supernumerarias, en condiciones periodontales agudas o crónicas las cuales no pueden ser tratadas periodontalmente, traumatismo y proceso patológico. (10, 40)

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

PREVENCION Y EDUCACION EN SALUD BUCAL: La prevención en Odontología esta dividida en cinco niveles:

- Primer Nivel:

Nutrición: la etiología de numerosas enfermedades comunes a nuestra civilización, como caries dental, afecciones coronarias, diabetes y obesidad, esta ligada a factores nutricios.

-- Segundo Nivel:

Fluoración: constituye una serie de procedimientos caracterizados por la ingestión de flúor, el más común de estos procedimientos es el consumo de aguas que contienen cantidades óptimas de flúor naturalmente, o que han sido enriquecidas mediante la adición de flúor hasta el nivel deseado. Existen otras vías para la administración sistémica de flúor, como la adición de flúor a la leche, cereales, sal, el uso de pastillas y soluciones de flúor.

- Tercer Nivel:

Diagnóstico: en la práctica diaria de la Odontología los objetivos enunciados a continuación pueden ser alcanzados solo por medio de un programa clínico cuidadosamente planeado y adaptado a las necesidades y características de cada paciente.

Pasos para realizar un buen diagnóstico:

1. Introducción del paciente a los principios, objetivos y responsabilidades de la odontología preventiva.
2. Diagnóstico clínico, radiográfico y etiológico.
3. Plan de tratamiento
4. Presentación al paciente del diagnóstico y plan de tratamiento.
5. Educación e instrucción del paciente.
6. Tratamiento restaurativo y preventivo
7. Control posterior del paciente.

- Cuarto Nivel:

Odontología Restauradora: La odontología preventiva ha agregado un concepto a la terapia restauradora. El enfoque preventivo requiere el uso de sesiones de consejos ayudas visibles demostraciones de cepillado dentario, uso de la seda dental, aplicaciones tópicas de flúor y sistemas recordatorios, al igual que el uso de fresa de carburo, instrumento de diamante, amalgama, silicato y otros. Como parte de la odontología restauradora tenemos: prevención de restauraciones defectuosas, prevención de caries recurrente, prevención de la pérdida de vitalidad pulpar, prevención de la pérdida del diente.

- Quinto Nivel:

Educación del Paciente: El objetivo principal de la educación del paciente es motivarle a que asuma actitudes positivas y responsables para establecer una buena salud bucal.

Los métodos para educar a los pacientes se dividen en dos categorías: la primera es el enfoque directo, lo que significa contacto directo entre el odontólogo (o el personal auxiliar del consultorio) y el paciente. La segunda es un enfoque indirecto, aprendizaje y motivación por el uso de equipo electrónico moderno, folletos y fotografía dental. (18).

OBJETIVOS GENERALES

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

VARIABLES

DEFINICION DE VARIABLES:

1. SEXO:

Condición psico-biológica que distingue varón de hembra (hombre-mujer).(8)

2. EDAD:

Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.(8)

3. DIAGNOSTICO:

Identificación de una enfermedad mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de pruebas analíticas y otros procedimientos(8).

4. ETNIA:

Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias.(8)

INDICADORES DE LAS VARIABLES:

1. SEXO:

Por observación, en base a las características físicas generales de cada sexo, diferenciándolas entre masculino y femenino.

2. EDAD:

Se anotará lo que el entrevistado refiera en años cumplidos hasta la fecha actual.

3. 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 racial que pertenezcan y según sus rasgos físicos.

METODOLOGIA

POBLACION:

El estudio se realizó con la población general de excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) por campamento, concentrados en los 8 lugares de desmovilizados durante el periodo de desarme y desmovilización.

La presente investigación fue realizada en el Campamento Sacol, Alta Verapaz, al 33 % (188) del total de la población adulta (556).

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizó una ficha clínica diseñada especialmente para este fin, conteniendo cada una de las variables en estudio. (Anexo No. 1) 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 si ha sido hospitalizado anteriormente, condiciones y tratamientos anteriores de órganos y sistemas y las enfermedades y medicamentos usados en su tratamiento, determinando aquellos que puedan requerir cuidados especiales durante el tratamiento odontológico como alergias, cardiopatías, enfermedades pulmonares, trastornos psiquiátricos así como discrasias sanguíneas, las cuales fueron anotadas en color rojo..

HISTORIA ODONTOLOGICA ANTERIOR: La información dental incluirá la fecha de la última visita a una clínica dental y la razón para ella, antecedentes dentales familiares como ausencia de centrales o cualquier otra pieza, también información acerca de problemas con la anestesia dental, o si al momento de una extracción ha tenido

problema de hemorragia, aquí también se anota si tiene dolor de alguna pieza dentaria y el tiempo de evolución de la misma.

DIAGNOSTICO: Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico será anotada acá, basado en la inspección, palpación, sondeo periodontal e interrogación al paciente anotando en el odontograma los hallazgos clínicos encontrados en el proceso del examen bucal, señalando la localización específica de los mismos. Incluye un plan de tratamiento en donde se hizo un listado de los tratamientos requeridos por el paciente en el campo odontológico en el orden de prioridad presente.

Abajo del odontograma aparecen el número de unas piezas dentarias las cuales fueron sondeadas periodontalmente, colocándose a la par de las piezas el resultado del sondeo.

Parámetros para la realización del diagnóstico:

1.- Periodoncia

Para registrar los datos de Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal (el cual fue explicado en la revisión de literatura) se utilizó una Ficha de Recolección de Datos (Anexo No. 2). La información fue obtenida del Instrumento de Recolección de Datos (Anexo No.1).

Para la obtención de los datos se utilizó un espejo y una sonda periodontal con la cual se sondeo 12 piezas por paciente (dos piezas por sextante), tanto por bucal como por lingual

NOMBRE: El nombre del Odontólogo practicante que realizó el examen.

SEXO: Se colocó una "F" si el paciente es del sexo Femenino y una "M" si es del sexo masculino.

EDAD: Los años cumplidos al momento de tomar la muestra.

SEXTANTE 1 (SUPERIOR DERECHO): en esta casilla se anota el código máximo del sextante.

SEXTANTE 2 (SUPERIOR MEDIO): en esta casilla se anota el código máximo del sextante.

SEXTANTE 3 (SUPERIOR IZQUIERDO): en esta casilla se anota el código máximo del sextante.

SEXTANTE 4 (INFERIOR IZQUIERDO): en esta casilla se anota el código máximo del sextante.

SEXTANTE 5 (INFERIOR MEDIO): en esta casilla se anota el código máximo del sextante.

SEXTANTE 6 (INFERIOR DERECHO): en esta casilla se anota el código máximo del sextante.

2.- Caries:

Se diagnostica por examen clínico verificando con el explorador la presencia de cavidad, irregularidad del esmalte y cambio de coloración, clasificándolas según la superficie donde se localiza (según clasificación de Dr. Black) 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)

3.- Exodoncia:

Se tomó en cuenta la destrucción dentaria profunda, destrucción de 2 o más superficies dentales, movilidad excesiva, restos radiculares, traumatismos y dolor. (10)

4.- Prótesis:

Prótesis fija: se determinó para arcadas parcialmente edéntulas, de una o más piezas, con una unión rígida intermedia. Indicada en piezas sanas periodontalmente, espacios edéntulos unilaterales, cortos y rectos.(26)

Prótesis Removible: cuando el espacio desdentado no se encuentre limitado en ambos extremos por dientes, espacios largos, pilares deficientes.(19)

Prótesis Total: cuando una o ambas arcadas se encuentren totalmente edéntulas (30)

5.- Criterios del plan de tratamiento de las afecciones orales para la población meta establecidos por la URNG.

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

ROJO: caso urgente de tratamiento inmediato

AMARILLO: caso con algunas urgencias de tratamiento

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 priorizará 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 priorizará 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. Priorizar los tratamientos periodontales de acuerdo a:
 - Pacientes que presenten encía con inflamación, presencia de cálculos y sangrado. (37)

Para registrar y resumir tanto los Datos Generales, Historia Médica Anterior, Historia Odontológica anterior, Diagnóstico y Plan de Tratamiento se utilizó una Ficha de Tabulación de Datos. (Anexo 3) Esta ficha contiene:

Diagnostico:

ROJO: Se coloca una X en caso urgente de tratamiento inmediato.

AMARILLO: se coloca una X en caso de alguna urgencia tratamiento.

VERDE: se coloca una X en caso de patología a tratar en etapa posterior.

BLANCO: se coloca una X en caso de piezas sin caries ni patología de tejidos blandos.

SEXO: colocar una X en M si es del sexo masculino y F si es del sexo femenino.

EDAD: la edad en años cumplidos al momento de tomar la muestra.

ETNIA: se colocara una X de acuerdo al grupo racial al que pertenezcan ya sean indígenas o ladinos.

OPERATORIA: en cada una de las casillas se colocará el número de superficies afectadas por caries de cada paciente según la clasificación de Black ya mencionada.

EXODONCIA: en esta casilla se colocara por paciente el número de piezas indicadas para extracción

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE (PPR): se colocará el número de prótesis por paciente en la casilla siempre y cuándo estén dentro de los parámetros de prótesis removible ya mencionados en la revisión de literatura.

PROTESIS PARCIAL FIJA (PPF): se coloca el número de prótesis en la casilla siempre y cuándo el paciente tenga espacios edéntulos , los cuales estén dentro de los parámetros de prótesis fija, los cuales fueron mencionados en la revisión de literatura.

PRÓTESIS TOTAL (PT): se coloca una X en la casilla siempre y cuándo el paciente sea totalmente edéntulo, ya sea de una arcada o de ambas.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA
DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE
DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA
CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO
DE 1997; POR SEXO Y EDAD.

EDAD	SEXO FEMENINO		SEXO MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-20	25	13.3	76	40.4	101	53.7
21-25	6	3.2	29	15.4	35	18.6
26-30	2	1.1	22	11.7	24	12.8
31-35	0	0	13	6.9	13	6.9
36-40	1	0.5	3	1.6	4	2.1
41-45	2	1.1	6	3.2	8	4.3
46-50	0	0	1	0.5	1	0.5
51-55	0	0	2	1.1	2	1.1
TOTAL	36	19.2	152	80.8	188	100

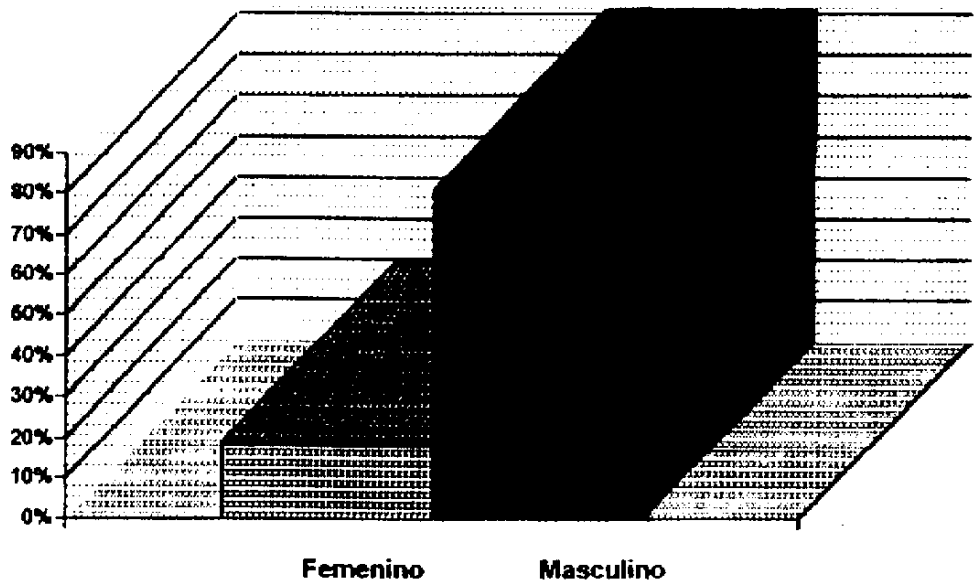
Fuente: Datos obtenidos de la investigación de campo (anexo 2).

En el cuadro anterior se puede observar que hubo predominio del sexo masculino sobre el femenino en un 80.8 %. En cuanto a edad es importante observar que la mayor parte son adolescentes y adultos jóvenes entre 15-20 años (53.7 %).

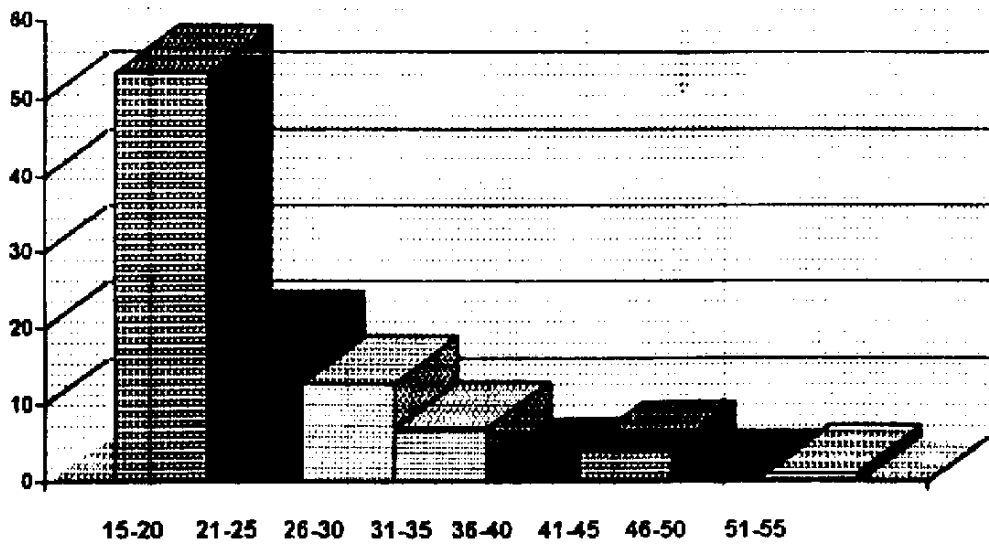
**PRESENTACION Y
DISCUSION DE
RESULTADOS**

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA
DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE
DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA
CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO
DE 1997; POR SEXO Y EDAD.



GRAFICA No. 2



CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE
LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA
URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO
SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997;
POR SEXO Y ETNIA.

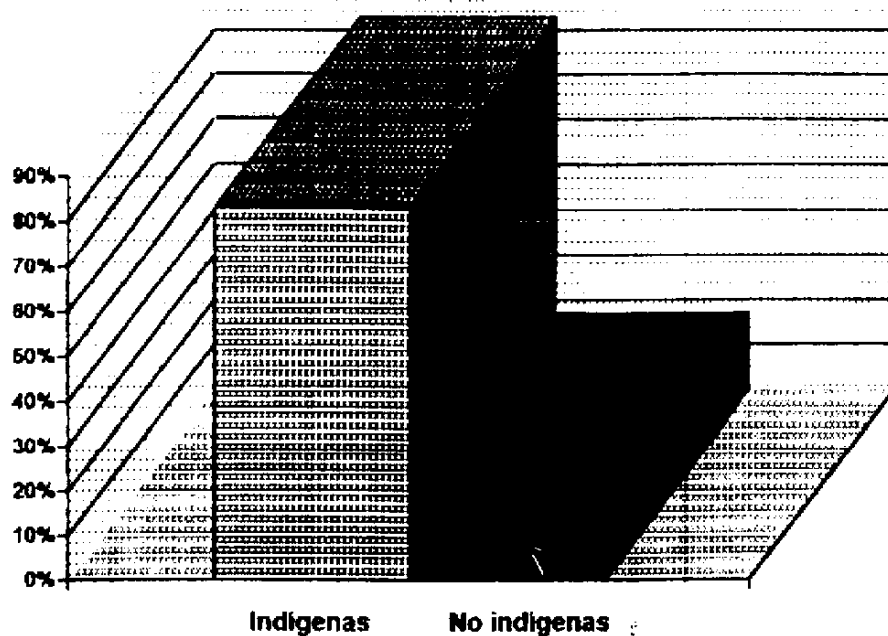
Etnia	Sexo Femenino		Sexo Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Indígenas	23	12.3	132	70.2	155	82.5
No indígenas	13	6.9	20	10.6	33	17.5
TOTAL	36	19.2	152	80.8	188	100

Fuente: Datos obtenidos de la investigación de campo (anexo 2).

En el cuadro anterior se puede observar que tanto en el sexo Femenino como en el Masculino predominan los Indígenas en un 82.5 %, sobre un 17.5 % de los no indígenas (ladinos).

GRAFICA No. 3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997; POR SEXO Y ETNIA.



CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA
DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E
INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA
VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997;
CLASIFICANDOLOS SEGUN SEXO.

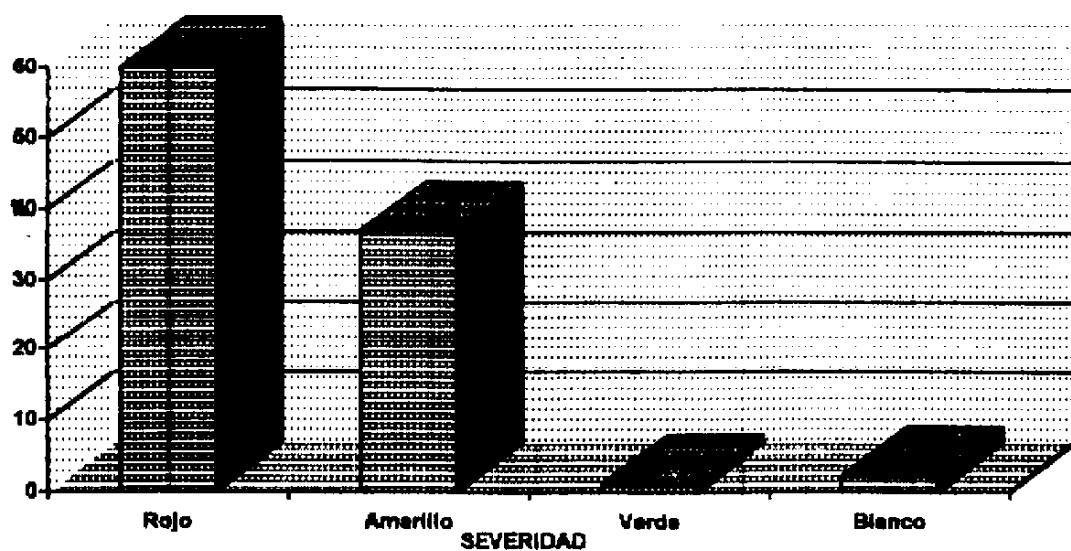
SEVERIDAD	SEXO FEMENINO		SEXO MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
ROJO	23	12.2	89	47.3	112	59.6
AMARILLO	11	5.9	59	31.4	70	37.2
VERDE	1	0.5	1	0.5	2	1.1
BLANCO	1	0.5	3	1.6	4	2.1
TOTAL	36	19.2	152	80.8	188	100

Fuente: Datos obtenidos de la investigación de campo (anexo 2).

En cuanto a la severidad tanto el sexo femenino como el sexo masculino el color rojo predominó en un 59.6 % los cuales son casos para tratamiento inmediato. Es importante observar que el 2.1 % de la población se clasifica en color blanco, lo cual indica que no tienen caries ni patología de tejidos blandos.

GRAFICA No. 4

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA
DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E
* INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL,
ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997;
CLASIFICANDOS SEGUN SEXO.



CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997; POR PRESENCIA DE CARIES DENTAL LA CUAL SE CLASIFICO SEGUN LA SUPERFICIE DONDE SE LOCALIZA EN: CLASE I, CLASE II, CLASE III, CLASE IV, CLASE V Y CLASE VI.

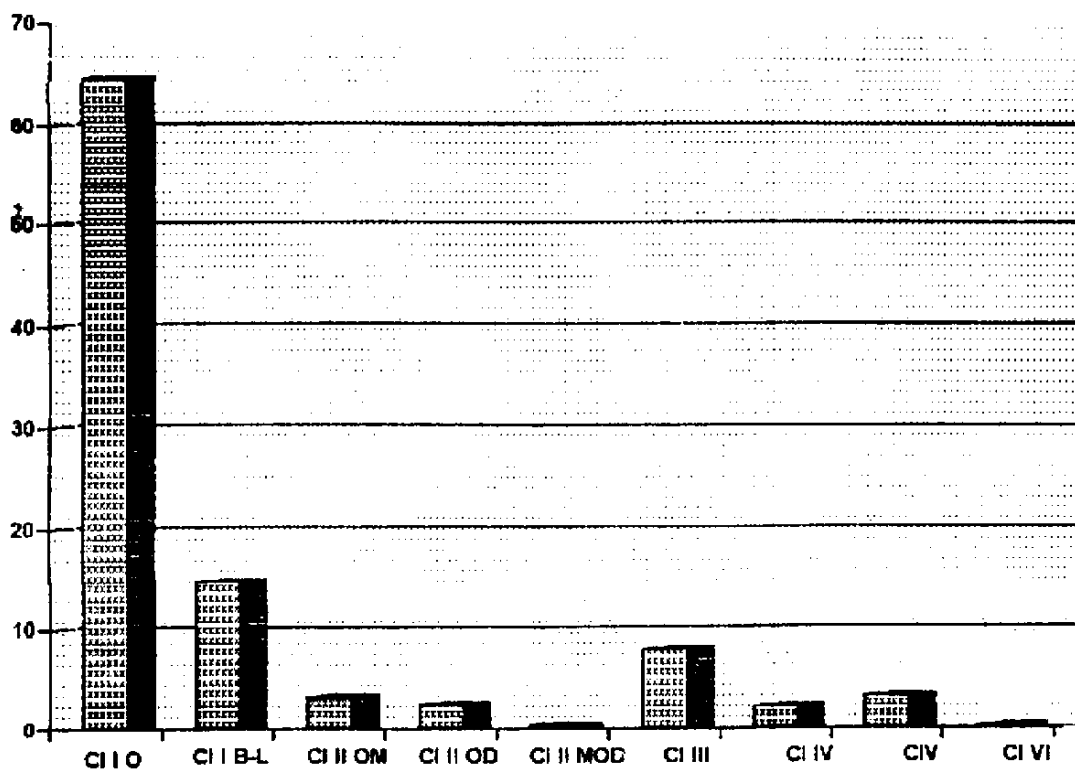
SUPERFICIE CLASE	SEXO FEMENINO		SEXO MASCULINO		TOTAL	
	NO.	%	No.	%	No.	%
I O	112	6.5	1001	58.4	1113	64.9
I BL	47	2.7	208	12.1	255	14.9
II OM	19	1.1	36	2.1	55	3.2
II OD	14	0.8	31	2.0	45	2.6
II OMD	3	0.2	2	0.1	5	0.3
III	49	3.0	91	5.3	140	8.2
IV	16	1.0	24	1.4	40	2.3
V	4	0.2	54	3.2	58	3.4
VI	1	0.06	2	0.1	3	0.2
TOTAL	265	15.56	1449	84.44	1714	100

Fuente: Datos obtenidos de la investigación de campo (anexo 2).

En el cuadro anterior se puede observar que el mayor porcentaje 64.9 % corresponde a la caries de una superficie (clase I), la cual predomina sobre las demás, mientras que el menor porcentaje 0.2 % corresponde a la caries localizada en la superficie incisal de los dientes anteriores (clase VI).

GRAFICA No. 5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997; POR PRESENCIA DE CARIES DENTAL LA CUAL SE CLASIFICO SEGUN LA SUPERFICIE DONDE SE LOCALIZA EN: CLASE I, CLASE II, CLASE III, CLASE IV, CLASE V Y CLASE VI.



SUPERFICIES AFECTADAS :

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997; CLASIFICADOS DE ACUERDO A SEXO, ESPACIOS EDENTULOS LOS CUALES SE CLASIFICAN SEGUN LOS PARAMETROS DE PROTESIS FIJA, PROTESIS REMOVIBLE Y PROTESIS TOTAL.

PROTESIS	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
PPR	5	2.0	19	7.6	24	9.6
PPF	34	13.7	190	76.3	224	90.0
PT	0	0	1	0.4	1	0.4
TOTAL	39	15.7	210	84.3	249	100

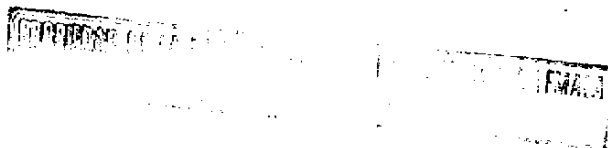
Fuente: Datos obtenidos de la investigación de campo (anexo 2)

PPR: prótesis Parcial Removible.

PPF: Prótesis Fija.

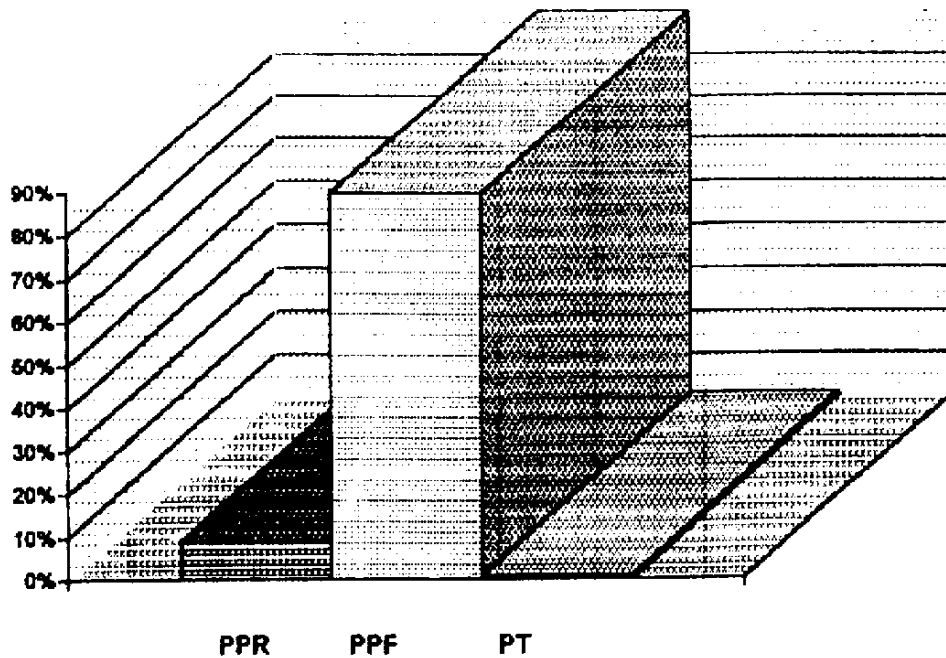
PT: Prótesis Total.

En el cuadro anterior la prótesis fija en un 90 % es la prótesis que más necesitan los excombatientes, (espacio edentulo limitado por piezas dentarias), los pacientes totalmente edéntulos no representaron ni el 1 % de la población, ello por la poca pérdida de las piezas por caries.



GRAFICA No. 6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997, CLASIFICADOS DE ACUERDO A SEXO, ESPACIOS EDENTULOS LOS CUALES SE CLASIFICAN SEGUN LOS PARAMETROS DE PROTESIS FIJA, PROTESIS REMOVIBLE Y PROTESIS TOTAL.



CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACO, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997; POR CODIGOS DE TRATAMIENTO INDICADOS POR EL I.C.N.T.P* POR SEXTANTES.

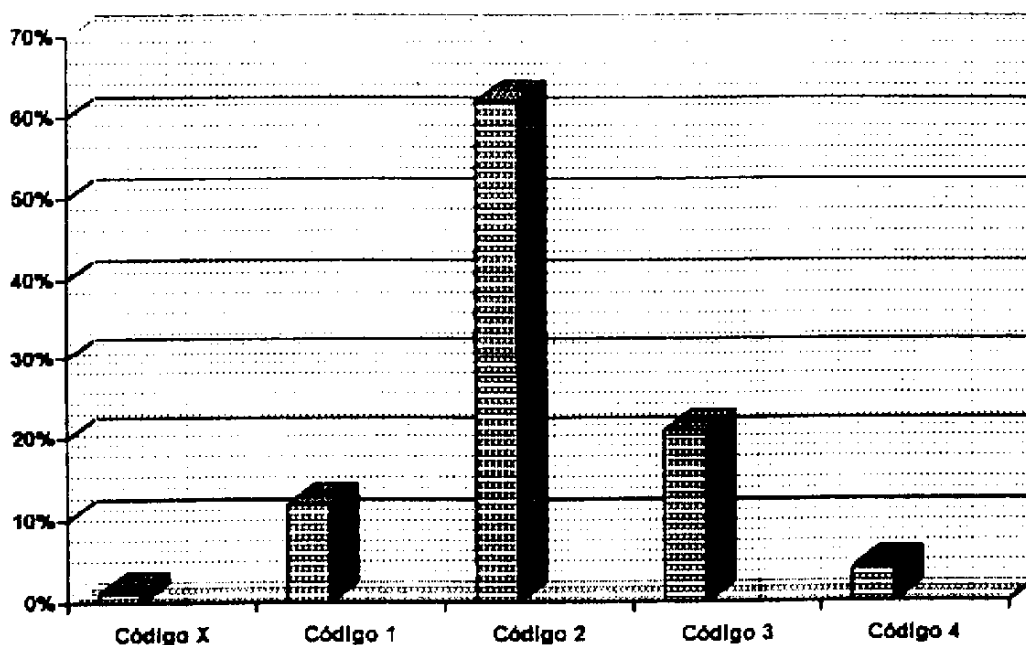
CODIGOS						
SEXTANTE	X	1	2	3	4	TOTAL
1	3	22	110	48	5	188
2	2	23	112	42	9	188
3	2	22	109	47	8	188
4	2	25	140	45	7	188
5	2	22	137	20	7	188
6	5	21	111	46	5	188
TOTAL	16	135	719	248	41	1128
%	1	12	62	21	4	100

Fuente: Datos obtenidos de la investigación de campo (anexo 3)
 * Indice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal.

En el cuadro anterior se observa que se evaluó un total de 1,128 sextantes de los cuales en 16 sextantes (1 %) hay ausencia de piezas, 135 sextantes (12 %) presentaron como necesidad de tratamiento periodontal el código 1 (el paciente sólo necesita mejorar la higiene bucal); 719 sextantes (62%) presentan como necesidad de tratamiento código 2 (detartraje supragingival y mejorar su higiene); 248 sextantes (21 %) para el código 3 (detartraje subgingival e higiene bucal adecuada); 41 sextantes (4 %) presentaron la necesidad de tratamiento del código 4 (detartraje profundo, curetaje o intervención quirúrgica. Pudiendo observar que la mayor cantidad de tratamientos periodontales necesarios en los 1128 sextantes estudiados corresponde al código 2 y 3 a los sextantes 1 (molares y premolares superiores derechas) y 6 (molares premolares inferiores derechas).

GRAFICA No. 7

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACO, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997; POR CODIGOS DE TRATAMIENTO INDICADOS POR EL I.C.N.T.P* POR SEXTANTES.



CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ EN EL AÑO DE 1997; CLASIFICANDOLOS SEGUN No. DE EXODONCIAS NECESARIAS.

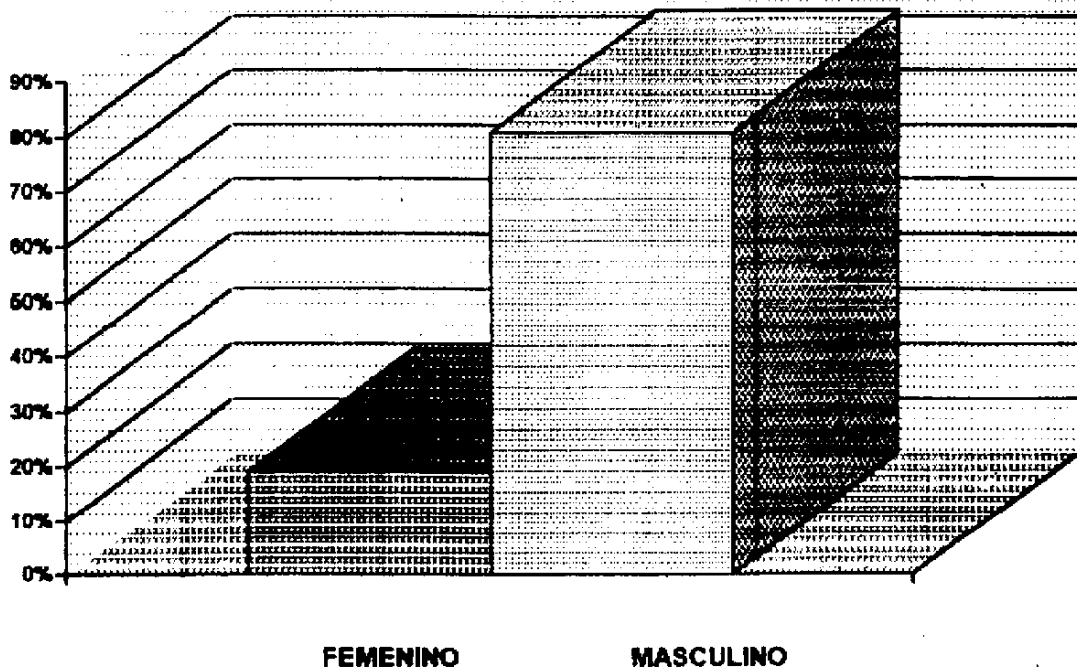
Exodoncias	Sexo Femenino		Sexo Masculino		Número	Total
	No.	%	No.	%		
	34	18.8	147	81.2	181	100

Fuente: datos obtenidos de la investigación de campo (anexo 20).

En el cuadro anterior se observa que son relativamente pocas las piezas que se encontraron indicadas para extracción, lo cual se debe a la poca destrucción de tejidos duros, el mayor porcentaje de exodoncias necesarias es en el sexo masculino con un 81.2 % sobre el sexo Femenino con un 18.8 %.

GRAFICA No. 8

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ EN EL AÑO DE 1997; CLASIFICANDOS SEGUN No. DE EXODONCIAS NECESARIAS.



CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA
ATENDIDA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E
INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL
CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997;
RESUMEN DE LOS TRATAMIENTOS EFECTUADOS.

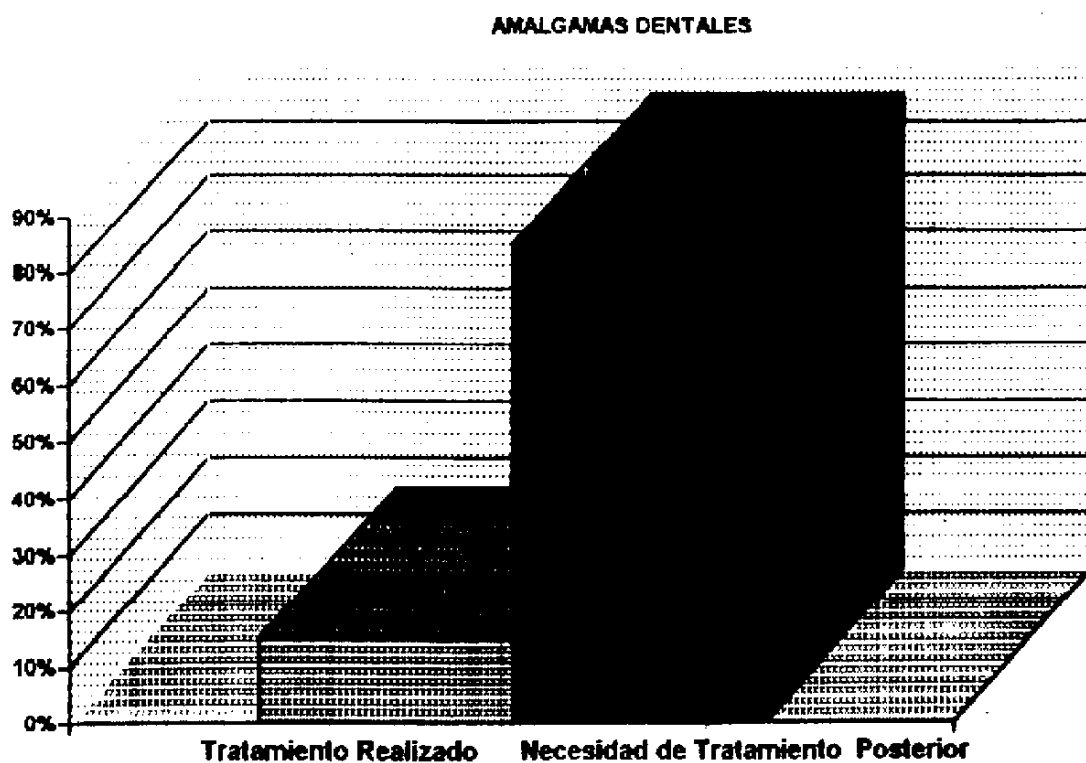
Intervención	No. Tratamientos realizados.	Total de Tratamientos realizados.	Necesidades de tratamiento	Total de % cubierto
Exámenes	188	566	566	100
Amalgamas dentales	185	740	4914	15.1
Resinas compuestas	75	300	537	55.81
Exodoncias	64	254	456	46.47
Trat. Periodontal	66	263	566	46.46
Cirugía	4	6	0	0
Aplicación de Flúor	63	250	566	44.17
Charla de Educación	3	10	0	0
No. Pacientes con tratamiento efectuado	85	340	566	60

Fuente: Datos obtenidos de la investigación de campo (anexo 4).

En el cuadro anterior se observa que se logró hacer el diagnóstico al total de la población adulta y dar atención en salud bucal al 60 % de la población, logrando cumplir con la meta programada.

GRAFICA No. 9

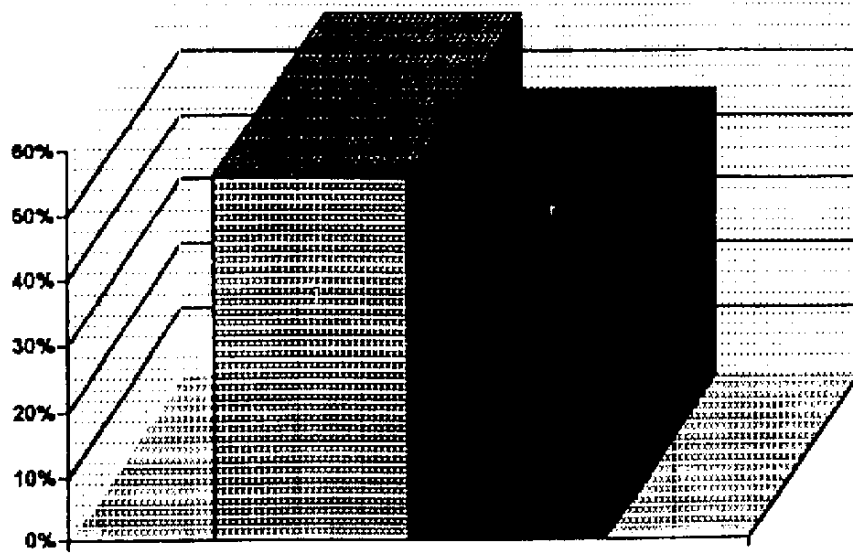
DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA
ATENDIDA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E
INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL
CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997;
RELACIONANDO LOS TRATAMIENTOS EFECTUADOS CON
LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO.



GRAFICA No. 10

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA ATENDIDA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997; RELACIONANDO LOS TRATAMIENTOS EFECTUADOS CON LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO.

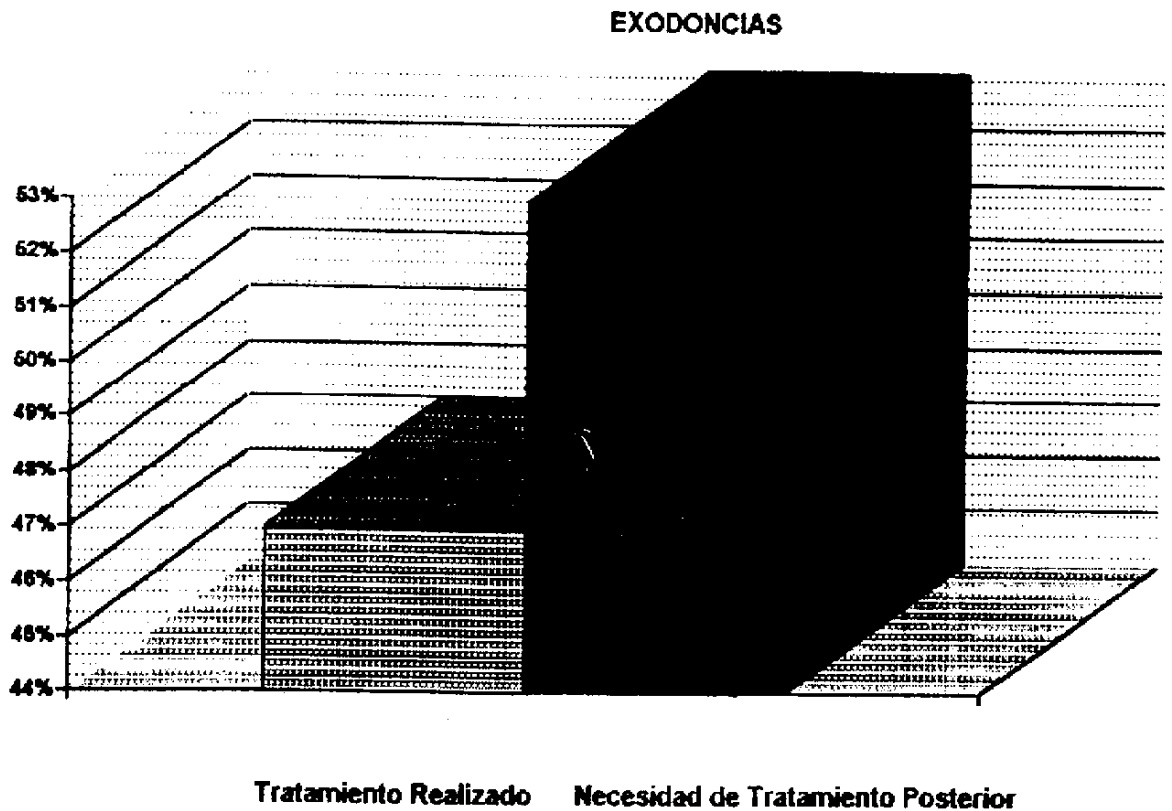
RESINAS COMPUESTA



Tratamiento Realizado Necesidad de Tratamiento Posterior

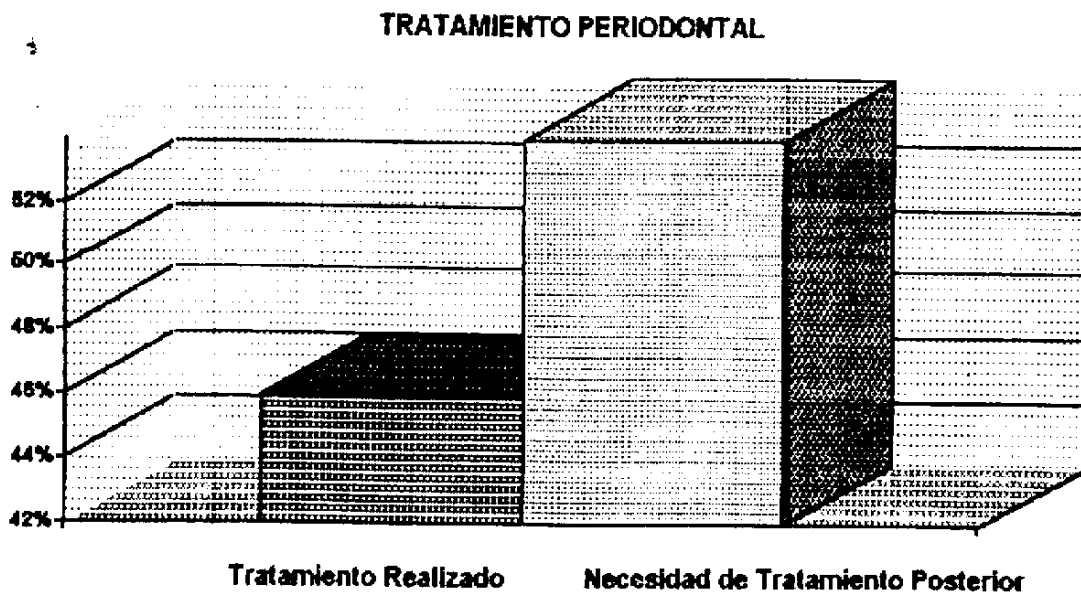
GRAFICA No. 11

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA
ATENDIDA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E
INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL
CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997;
RELACIONANDO LOS TRATAMIENTOS EFECTUADOS CON
LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO.



GRAFICA No. 12

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA
ATENDIDA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E
INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL
CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997;
RELACIONANDO LOS TRATAMIENTOS EFECTUADOS CON
LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO.



CONCLUSIONES

1. Se realizó un diagnóstico de salud bucal al 33 % de los excombatientes adultos y se brindó atención al 25 % de la población.
2. La población concentrada en el campamento era en mayor porcentaje de indígenas de diversos grupos étnicos, eminentemente adultos jóvenes. La relación de excombatientes en cuanto a sexo es de 1 mujer/ 5 hombre.
3. Los hallazgos encontrados reflejan la presencia de caries y enfermedad periodontal en un estado que se puede clasificar como normal en la población de Guatemala, ya que se puede observar que la prevalencia de caries es de 9.66 caries por cada paciente y un porcentaje de menos de una pieza indicada para extracción por persona.
4. Según el Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal el 62 % de los sextantes necesitan tratamiento según el código 2, lo cual nos indica que los excombatientes tenían una enfermedad periodontal moderada, a pesar de la forma tan particular de vida a la que estaban expuestos.
5. En cuanto a las necesidades de tratamiento de los excombatientes se logró cubrir una mínima parte en cuanto a amalgamas dentales, resinas compuestas extracciones dentales, tratamiento periodontal. En cuanto a las necesidades de prótesis fija, removible o total no fue tratada por razones de tiempo, material y por no estar contemplada dentro de los tratamientos que debían de realizarse, a pesar de la importancia de la misma.

RECOMENDACIONES

1. Asegurar la atención continuada a todos los excombatientes, en función de ello se considera fundamental que los esfuerzos nacionales e internacionales continúen enfocando al menos una parte de su atención en el seguimiento de los excombatientes desmovilizados.
2. Es importante que los promotores dentales se integren dentro de las comunidades donde fueron ubicados los excombatientes dentro de una estrategia de cuidado y promoción de la salud a largo plazo.
3. La atención integral brindada a los excombatientes sirvió como un ejercicio entre salud física, mental y bucal en una área rural, esto se debería extender a la atención de la población en general para mejorar los niveles de vida.
4. Facilitar la incorporación del personal de salud de la URNG, a través de cursos y procesos apropiados de nivelación y regulación, al sistema nacional de atención en salud.

LIMITACIONES

1. IDIOMA: La barrera del lenguaje fue desde el principio evidente, ya que la mayoría de la población dentro del campamento era maya hablante (Kekchi). 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 EQUIPO DENTAL Y FALLAS MECANICAS EN EL MISMO: Al principio no se contó con todo el equipo necesario, y se presentaron fallas en el mismo desde el inicio entre estas: en el compresor y plantas eléctricas.
4. FALTA DE INSTRUMENTAL E INSUMOS ODONTOLOGICOS: Al inicio se notó la falta de algunos materiales dentales básicos como óxido de zinc y eugenol, fresas adecuadas o la mala calidad de algunos materiales como la amalgama de plata y resina compuesta.
5. FALTA DE LUZ ELECTRICA Y AGUA POTABLE: El fluido eléctrico y el abastecimiento de agua no eran constantes desde el principio.

ANEXOS

ANEXO 2

Nombre OP: _____

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS INDICE DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL COMUNITARIO

CODIGOS POR SEXTANTES

No. Hoja	No. Paciente	Sex. 1 Superior Derecho	Sex. 2 Superior Medio	Sex. 3 Superior Izquierdo	Sex. 4 Inferior Izquierdo	Sex. 5 Inferior Medio	Sex. 6 Inferior Derecho	Código Mayor

ANEXOS 3

FICHA DE INTERPRETACION DE DATOS

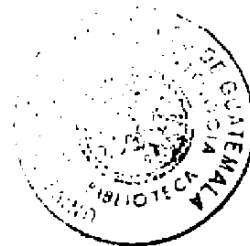
Px	Diagnostico						SEXO	EDAD	Etnia		OPERATORIA Ag					OPERATORIA Rc.				EXODONCIA	PPR	PPF	PT													
	R	A	V	B	M	F			Indig.	No Indig.	C I O	C I B.L.	MO	OD	MOD	C I I I	C I V	CV	CVI																	
1																																				
2																																				
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				

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 de 1995. pp. 1 - 3.
3. Baum, Lloyd. Tratado de Operatoria Dental / Loyd Baum, Ralph W. Phillips, Melvin R. Lund ; trad. por Irma Lebendeff Spengler. -- 2a. ed. -- México : Interamericana, 1988. 620p.
4. Carranza, Fermin A.-- Periodontología Clínica de Glickman / Fermin A. Carranza : trad. por Laura Elias Urdapilleta, Enriqueta Ceron Rossinz.-- 7a ed. -- México: Interamericana, McGraw-Hill, 1990. 1067p.
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 Lopez Larave. Vol. 6)
7. De Toro y M. Gisbert. Diccionario Larousse ilustrado. Buenos Aires, Larousse, 1996. 2670p.
8. Democracia con justicia social y proyecto alternativo. Guatemala, INCIDE, julio 1996. 37p. (Serie Proyecto Alternativo.)
9. Durante Avellanal, C. Diccionario odontológico. 2a ed. Buenos Aires, Editorial Mundi, 1964. 1990p.
10. Fagianni Torres, M. Periodoncia: unidades de aprendizaje independiente. 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 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. 52p.
13. Haz bien y no tires a quien.-- pp. 1.-- De revista Odontológica Grafica (Guatemala). -- Año 17 No. 202. (sábado, 1 de marzo de 1997).



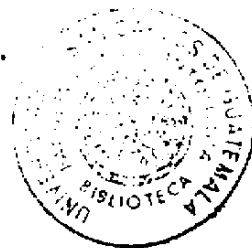
14. Hederson, David.-- Prótesis Parcial Removible / David Hederson, Victor L. Steffel ; trad. por Martin Horacio Edenberg.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1974. pp. 468.
15. Hernández, R. y E. Godoy. Adios a las armas: gobierno y URNG firman acuerdo de paz.-- 2 - 6. En periódico Prensa Libre (Guatemala). Año 46, No. 1486. (lunes, 30 de diciembre de 1996).
16. Hoy se firma la paz.-- pp. 3 - 7 -- En periódico Prensa Libre. edición especial (Guatemala). Año 46, No. 14685. (domingo, 29 de diciembre de 1996).
17. Ingle, John. Ide.-- Endodoncia/ John Ide Ingle y Jerry F. Taintor ; trad. por José Luis García Martínez, J. Rafael Blengio Pinto, Alberto Folch Fi.-- 3a ed. México : Interamericana, 1991. pp. 530 - 531.
18. Katz, Simon.-- Odontología preventiva en acción. / Simon Katz, James I. MacDonald, 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 MacGraw-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 concentracion. Guatemala, febrero, 1997. 11p.
22. Montenegro Lima, G. R. César Montes: la paz se pudo firmar hace 30 años.-- 11p. -- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (sábado, 22 de febrero de 1997).
23. ----- César Montes: tres movimientos crearon las FAR.-- 9p. -- 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.-- 11p. -- En periódico La Rapublica (Guatemala).-- Año 4. (sábado, 22 de febrero de 1997).
25. ----- E. Guerra. César Montes: Yon Sosa, y Turcios Lima construyeron la guerrilla.-- pp. 10 - 11.-- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (lunes, 24 de febrero de 1997).
26. Myers, George E.-- 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, Impresos Herme, 1995.-- 136p.

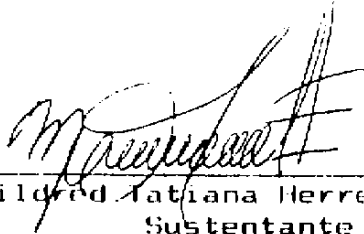


28. [†] Ramírez C., G. A. Apuntes de técnica operatoria. Guatemala, Universidad de San Carlos Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria, 1989.-- 314p.
29. Saizar, Pedro.-- Prosthodontia total / Pedro Saizar.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1972. 495. Argentina, Mundi, 1972. 477p.
30. Salud 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, Y. B. Bender ; trad. por José Antonio Ramos Tercero.-- México : El Manual Moderno, 1987. 370p.
33. Shillingburg, Herbert T.-- Fundamentos de Prosthodontia 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.-- Prosthodontia Parcial Removible / Kenneth L. Stewart, Kenneth D. Rudd, William A. Kuuebker ; trad. por Jesús Sierraalta, Myrna B. y Mena L. Valles. -- 2a ed.-- Caracas : Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, 1993.-- pp. 1 - 20, 97 - 100, 117.
35. Stockstill, John W., John F. Bowley y Ronald Attanasio. Análisis de decisiones clínicas en prosthodontia fija.-- pp. 565, 569, 591, 594.-- En: prosthodontia fija integral : John F. Bowley, John W. Stockstill, Ronald Atanasio, 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.-- 30p. -- En periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala). Año 46, No. 14685. (lunes, 30 de diciembre de 1996).
38. Un quetzal.-- 16p.-- En periódico Tinamit (Guatemala). Año 6, 2a Epoca, No. 202. (jueves, 20 al miércoles 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 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, Área Médico Quirúrgica, Unidad de Cirugía, 60p.

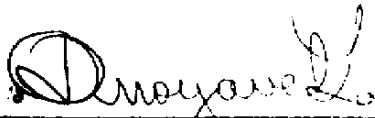
Vo.Bo.

[Handwritten signature]

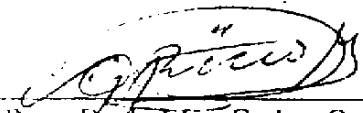




Mildred Tatiana Herrera España
Sustentante



Dr. Danilo Arroyave R.
Asesor

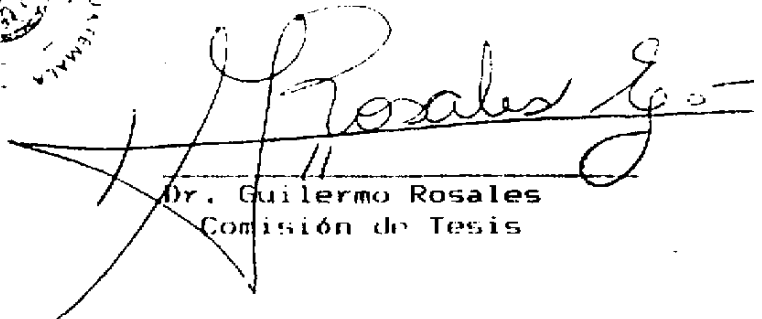


Dr. Rodolfo Soto G.
Asesor



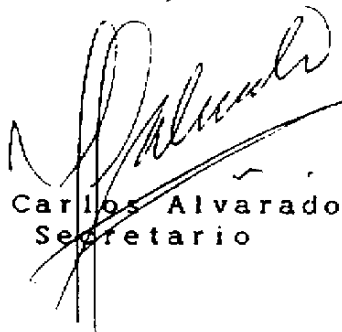


Dr. Axel Popol Oliva
Comisión de Tesis



Dr. Guillermo Rosales G.
Comisión de Tesis

Vo. Bo. Imprimase



Dr. Carlos Alvarado
Secretario



Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala