

"DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO: SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ, DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA". (MARZO, ABRIL), 1997.



Guatemala, Noviembre de 1998.

01
T.M.
C.M.

JUNTA DIRECTIVA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANO	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
VOCAL PRIMERO	Dr. Eduardo Abril Gálvez
VOCAL SEGUNDO	Dr. Luis Barillas Vásquez
VOCAL TERCERO	Dr. Cesar 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. Luis Barillas Vásquez
VOCAL SEGUNDO (ASESOR)	Dr. Angel Rodolfo Soto
VOCAL TERCERO	Dr. Linton Grajeda
SECRETARIO	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

[Faint, illegible text and a stamp are visible at the bottom of the page.]

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por haberme dado la vida, guiado en todo momento y ser la luz en mi camino.

A Mis Padres:

Felix Edmundo Tejaxun

Elva Campos Moraga de Tejaxun

Por ser mi ejemplo de esfuerzo y trabajo, brindándome todo su apoyo moral a lo largo de mi vida y de la carrera.

A Mis Hermanos:

Werner Ruben, Victor Manuel, Gloria Azucena y Gilva, por sus sabios consejos.

A Mis Amigas:

Celeste Rodriguez, Romanely León, Mirta Rosa Bonilla, Tatiana Herrera, Vanesa Noguera, Silvia Albizures, por su apoyo incondicional, en la realización de esta tesis.

A Mi Familia:

En general, por su ayuda en mi vida.

DEDICO ESTA TESIS

A DIOS.

A MIS PADRES.

A GUATEMALA.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

A MIS ASESORES.

A MIS AMIGOS.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Cumpliendo con lo establecido en los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de Cirujano Dentista, presento a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado:

"DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN DEL CAMPAMENTO: SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ, DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA".
(MARZO, ABRIL), 1997.

Agradezco la orientación de mis asesores Dr. Danilo Arroyave Rittscher y Dr. Angel Rodolfo Soto, para la realización de este trabajo, así mismo a MINUGUA, OPS/OMS, URNG, MDM-E, MSF-F, UMP.

A vosotros, distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, mi respeto y agradecimiento.

INDICE

SUMARIO.....	1
INTRODUCCION.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACION.....	3
REVISION DE LITERATURA.....	4
OBJETIVOS GENERALES.....	27
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	27
VARIABLES.....	28
METODOLOGIA.....	29
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	32
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	44
LIMITACIONES.....	44
ANEXOS.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	46



SUMARIO

El presente trabajo de investigación fué realizado con el objeto de efectuar el diagnóstico y atención de salud bucal de la población, del campamento Sacol, en la fase de desmovilización e incorporación de la URNG a la vida ciudadana, tomando en cuenta edad, sexo y etnia de la misma.

Se evaluó la población total de 566 pacientes adultos, sin incluir los 90 niños del campamento Sacol, enfocándose el presente estudio en 143 pacientes, ya que se dividió la población total en cuatro odontólogas practicantes designadas al estudio, se llevó a cabo una fase diagnóstica donde se priorizaron las necesidades odontológicas más urgentes a tratar, para poder organizar de manera eficaz una atención del 60% de la población, en las áreas de operatoria, periodoncia y exodoncia, y el 100% de la población en actividades de prevención y educación en salud bucal.

El estudio demostró que la mayoría de la población tiene un alto índice de cariogenicidad y enfermedad periodontal dentro del rango de 15-20 años de edad, señalando que es una población joven ,perteneciendo a la etnia indígena y de sexo masculino, clasificándose con código color rojo según el criterio establecido por la URNG a la mayoría de la población, siendo casos urgentes de tratar siempre dentro del rango de 15-20 años de edad.

Así mismo se determinó que al realizar el examen periodontal basado en el ICNTP, de los 858 sextantes evaluados, 18 sextantes presentaron como necesidad de tratamiento periodontal conforme al ICNTP código 1 (el paciente sólo necesita instrucciones para una mejor higiene bucal), 620 sextantes presentaron como necesidad de tratamiento periodontal el código número 2 (detartraje supragingival y mejor higiene bucal), 178 sextantes para el código número 3 (detartraje supragingival e higiene bucal adecuada) y solamente 31 sextantes presentaron la necesidad de tratamiento para el código número 4 (detartraje profundo, curetaje o intervención quirúrgica)

Observándose la mayor cantidad de tratamientos periodontales necesarios en los 858 sextantes estudiados correspondientes al código número dos y tres.

Se concluyó que la población es netamente joven y sus principales necesidades se enfocan a las áreas de periodoncia y operatoria.

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 fué 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)

Se realizó la fase diagnóstica de todos los excombatientes como base para la clasificación y determinación de la atención bucal. La segunda fue de identificación para trabajar una población meta del 60% de la totalidad de concentrados. La tercera y última fase fué la elección de las piezas dentales a ser tratadas. Desarrollándose en el campamento Sacol con una población total de 566 pacientes durante los meses de marzo y abril de 1997, por las cuatro odontólogas practicantes de la Facultad de Odontología asignadas, se seleccionó una población específica de 143 pacientes para realizar la presente investigación. (37)

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

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

Teniendo antecedentes de parte de miembros de la URNG, que una de las tres mayores necesidades de salud de la población a ser desmovilizada era la odontológica y tomando en consideración que esta comunidad estuvo excluida de los servicios mínimos de salud pública necesarios. Este trabajo está encaminado esencialmente a describir el diagnóstico de salud o patología bucal y a tratar de establecer las necesidades odontológicas en la población desmovilizada de la URNG, tomando en consideración sexo, etnia, así como edad en la misma.

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 y cumpliendo con los fines de la Universidad estatal de proyectarse a la comunidad a través de sus programas de extensión, colaboraron diagnosticando 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 contempló la atención en salud bucal a los excombatientes concentrados en los diferentes campamentos de desmovilización.

Por tal motivo dichas necesidades odontológicas (operatoria, exodoncia, periodoncia, prótesis fija, prótesis parcial removible y prótesis total), fueron diagnosticadas y atendidas, según las posibilidades brindadas por el programa de salud bucal, 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 HISTÓRICOS:

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

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 cimientos, su principal líder Alejandro de León, es ultimado por el jefe de la Policía Judicial, Ranulfo González. La venganza no se deja esperar y el 24 de enero, Yon Sosa, Turcios Lima y Trejo llevan a cabo un atentado.

Simultáneamente surgen otros intentos golpistas como el del exministro de la Defensa en tiempo de Jacobo Arbenz., Carlos Paz Tejada efectuado en 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 Azurdía 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 Azurdía 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 Azurdía había derrocado a Ydígoras, entonces se inició la lucha contra Peralta Azurdía 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 Iiom
 Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP- fundado en 1972 por Rolando Moran
 Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG- fundada en 1980 (6)

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

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

La contracción de los dos periodos 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 tomarse más compleja y la guerrilla comienza una nueva táctica, la del secuestro político para exigir la liberación de sus miembros. En tres oportunidades la insurgencia logra buenos resultados pero su cuarto operativo en el cual pretendían secuestrar al embajador estadounidense 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 ultimo 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 periodo de la presidencia del general Kjell Eugenio Laugerud García (1974-78) no se repitió el esquema de olas de terror aunque sí 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 Pernuth 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 :

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

2.- La negociación indirecta comprende:

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

- 5.1. Acuerdo Marco para la reanudación del proceso de negociación entre el Gobierno y la URNG, México, enero 1994.
- 5.2. Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, México, marzo 1994.
- 5.3. Acuerdo de calendarización de 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.

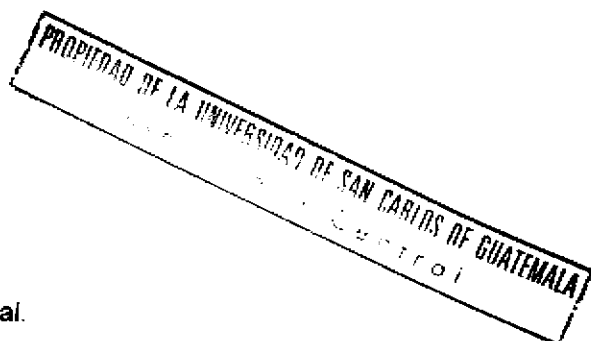
* La ASC estaba integrada por: Cinco diputados por cada instancia (Escorial, Ottawa, Quito, Metepec y Atlixco), cinco representantes Mayas, Mujeres, ONG's, Periodistas, Centros de investigación y Organización de Derechos Humanos.

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.
 - Conscriptión 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)

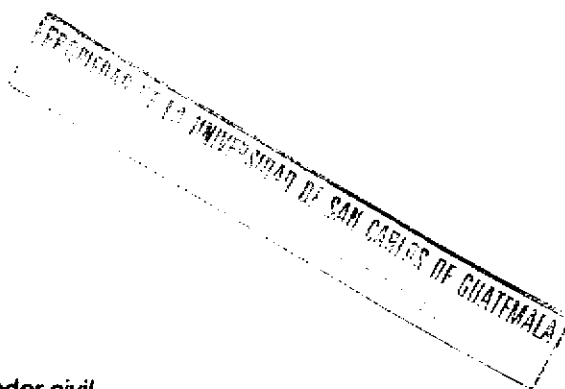
Luego de la suscripción de estos acuerdos sustantivos, se firmaron una serie de acuerdos en torno a los diversos aspectos operativos y técnicos del fin del enfrentamiento. De tal suerte el 4 de diciembre de 1996, se firmó el Acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego en la ciudad de Oslo, Noruega. En 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 Chamorro (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

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)

Previo a la Fase de Desmovilización fue 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, del Equipo Coordinador, y del Equipo de Apoyo.
3. Orientar sobre los programas de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental, de atención médica, salud bucal y salud mental.
4. Orientar sobre los talleres de Salud Mental.
5. Acercamiento inicial entre las partes. (31)

Durante la fase de desmovilización se 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.

- Responsable 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)

Descripción de los 8 Campamentos:

1.- 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 Ramirez y Frente Panzós Heroico.

- Número de Combatientes: 656

90 niños

95 mujeres

471 hombres

Organización del E.S.I.:

- 6 Odontólogos practicantes de la USAC.
- 1 promotor de salud de URNG
- 1 promotor dental de la Universidad Misionera de los Pobres, UMP.
- 1 representante de Médicos del Mundo España, MDM-E.
- 1 representante de Médicos sin Fronteras Francia, MSF-F.
- 1 representante de la comandancia de la URNG.
- Representantes de MINUGUA.

La organización del trabajo en salud bucal se llevó a cabo tomando como base una calendarización rotativa por semana, con el fin de una eficaz rendimiento en menor tiempo, en el cual todos los integrantes participaron con las mismas obligaciones.

A continuación se presenta el cuadro de la primera semana como ejemplo de la forma de distribución de trabajo:

Semana No.

NOMBRE	LUNES	MARTES	MIERCOL.	JUEVES	VIERNES	SABADO
OP. No. 1	PERIO.	PERIO.	DISP.	OPERAT.	OPERAT.	EXODON.
OP. No. 2	PERIO.	DISP.	OPERAT.	OPERAT.	EXODON.	DISP.
OP. No. 3	DISP.	OPERAT.	OPERAT.	EXOD.	DISP.	OPERAT.
OP. No. 4	OPERT.	OPERAT.	EXODON.	DISP.	OPERAT.	PERIO.
OP. No. 5	OPERAT.	EXODON.	DISP.	OPERAT.	PERIO.	PERIO.
OP No. 6	EXOD.	DISP.	OPERAT.	PERIOD.	PERIO.	DISP.
Promotor URNG	DISP.	OPERAT.	PERIO.	PERIO.	DISP.	OPERAT.
Promotor UMP	OPERAT.	PERIO.	PERIO.	DISP.	OPERAT.	OPERAT.

Las áreas incluyeron:

Periodoncia: se realizaron tratamientos periodontales, profilaxis y aplicación de flúor.

Dispensario: Preparar el material, distribuir el material, limpiar el área de trabajo, ser asistente de todos, lavar instrumental, llamar y ordenar a los pacientes.

Operatoria: Se realizaron cavidades y obturaciones.

Exodoncias Se realizaron las del día asignado.

- 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 se utilizaron plantas eléctricas.
- Las poblaciones cercanas: Rio Dulce a 40 Km, Modesto Méndez a 23 Km.
- Características de la guerrilla concentrada:
 - 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, café y tamales de maíz.
- En el campamento existen 5 compañías cada una con un Capitán las cuales son dirigidas por el Comandante del campamento. Fuera del campamento a 2 Km. se localizó el Campamento de MINUGUA (21,31).

2.- Campamento Mayalánd Ixcán El Quiche:

- Ubicación del lugar:
 - a) Aproximadamente 2.5 Km de la población de Mayaland.
 - b) Coordenadas: 15(58°36'1"N-91°04'06'1"W
- Grupo Guerrillero: Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP-.
- Número de excombatientes: 430
 - 356 hombres
 - 58 mujeres
 - 16 niños

- Clima: cálido y lluvioso, terreno quebrado selvático
- Tipo de Edificación: techo de lámina de zinc, aislantes de cartón, sin paredes con cortinas de nylon enrolladas.
- Topografía general de la zona:
- Ubicación en la confluencia de dos pequeños ríos, donde se forma un valle rodeado de dos pequeñas elevaciones desde donde se domina una gran parte del área que será destinada para el campamento.
- En general la tierra es bastante compacta y firme.
- Se aprecian dos explanadas bastante despejadas de árboles con terreno firme y compacto.
- El punto se encuentra a nivel de la carretera, quedan expuestas a la visión directa de dos explanadas, donde será el campamento.
- Accesos:
 - Desde la población de Playa Grande (Cantabal), recorriendo una distancia de aproximadamente 40.4 Km .
 - Hay una pista de aterrizaje en la comunidad de Mayalánd
- Tomas de Agua:
 - Dentro del área se encuentran dos ríos: Pescado y Jordán. (21, 31)

3.- Campamento Tzalbal, Nebaj:

- Ubicación del lugar:
 - Cercanías de la aldea Tzalbal
 - Coordenadas: 15(27'35" N-91)12'52" W
- Grupo guerrillero: Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP-
- Topografía en general:
 - Zona montañosa, situada en la cordillera de los Cuchumatanes
 - El área seleccionada esta a una altura aproximada de 2,140 m desde este punto se tiene un total dominio de los terrenos y sus alrededores. Desde la carretera no se puede observar el área del campamento.
 - Posee una área de aproximadamente 250x250 m, suelo consistente.
- Número de excombatientes: 504
 - 420 hombres
 - 61 mujeres
 - 23 niños
- Clima: templado, con bajas temperaturas por la noche y precipitaciones frecuentes.
- Tipo de edificación: techo de lámina de zinc, madera contrachapeada, para forro de paredes, aislante de duropor. (21.31)

4.- Campamento Tuluiché I y II, Quiché:

- Ubicación del lugar:
- Coordenadas: 15(02'21" N-91)01'40"

- Grupo Guerrillero: Ejército Guerrillero de los Pobres -EGT-

- Número de excombatientes: Tululché I: 267

185 hombres

52 mujeres

30 niños

Tululché II: 258

211 hombres

36 mujeres

11 niños

- Descripción topográfica del área en general:

- Zona de montaña.

- Situado dentro del denominado triángulo Ixil.

- Descripción topográfica del punto:

- Explanada central de unos 200x200 m. Circundante a ella hay otras de varios tamaños, oscilando entre los 1000 y los 400 m cuadrados.

- Clima: templado, noches frías, lluvias frecuentes.

- Vías de Acceso:

- Solamente una vía de entrada. Es un camino de unos 1800 m que llega al campamento desde la carretera Santa Cruz de Quiché-Zacualpa-Joyabaj.

- Aproximadamente a 700 m del campamento, sobre el camino citado.

- Tipo de Edificación:

- Techo de lámina de zinc, madera contrachapeada para forro de paredes, aislantes de duropor.
(21, 28, 31)

5.- Campamento Finca Claudia, Guanagazapa, Escuintla:

- Grupo guerrillero: Frente Unitario -FU-

- Número de excombatientes: 226

187 hombres

29 mujeres

10 niños

- Descripción topográfica del área:

- Zona de montaña media, situada entre el eje volcánico y la llanura costera del Pacífico.

- El campamento seleccionado está a una altura de 240 m, posee un área aproximadamente de 300x300 m.

- Tipo de Edificación: techo de lámina de zinc, aislantes de cartón, sin paredes con cortinas de nylon enrolladas.

- Clima: caliente y húmedo.

- Vías de acceso:

- Solamente una vía de acceso por la Carretera Internacional del Pacífico.
- Poblaciones cercanas:
 - Escuintla está a 37.7 Km, por carretera.
 - Taxisco está a 30 Km, por carretera.
 - La comunidad más cercana es La Unión a 4 Km. (21,31)

6.- Campamento Finca las Abejas, Colomba, Costa Cuca, Quetzaltenango:

- Grupo Guerrillero: Organización Revolucionaria del Pueblo en Armas -ORPA-.
- Número de combatientes: 250.
 - 191 hombres
 - 43 mujeres
 - 16 niños
- Descripción topográfica:
 - Prácticamente toda el área está situada en un terreno plano, en las orillas de la carretera Colomba- San Juan Ostuncalco.
 - Aproximadamente de 700x60 m de extensión.
 - Clima: templado, frecuentes lluvias.
 - Tipo de edificación: techo de lámina de zinc, aislante de cartón, sin paredes, con cortinas de nylon enrolladas.
- Poblaciones cercanas:
 - Colomba Costa Cuca a 11 Km.
 - San Matín Sacatepequez a 10 Km.
 - San Juan Ostuncalco a 16 Km.
 - Quetzaltenango a 32 Km.
 - Coatepeque a 30 Km. (21, 31)

7.- Campamento Parcela de Los Blancos, Guanagazapa, Escuintla:

- Grupo guerrillero: Fuerzas Armadas Rebeldes -FAR-
- Número de excombatientes: 368
 - 281 hombres
 - 63 mujeres
 - 24 niños
- Descripción topográfica del área:
 - Zona de montaña media, situada entre el eje volcánico y la llanura costera del Pacífico.
 - El campamento seleccionado está a una altura de 240 m, posee un área aproximadamente de 300x300 m .
 - Tipo de Edificación: techo de lámina de zinc, aislantes de cartón, sin paredes con cortinas de nylon enrolladas.
 - Clima: caliente y húmedo.
 - Vías de acceso:

- Solamente una vía de acceso por la Carretera Internacional del Pacífico.
- Poblaciones cercanas:
 - Escuintla está a 37.7 Km, por carretera.
 - Taxisco está a 30 Km, por carretera.
 - La comunidad más cercana es La Unión a 4 Km. (21,31)

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 causada por la placa bacteriana.
2. Periodontitis juvenil, que constituye un grupo especial de lesiones avanzadas en 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: conforme pasa el tiempo, aparecen signos clínicos de eritema, también puede presentarse hemorragia durante el sondeo.
- 3.- Etapa III: en esta los vasos sanguíneos se obstruyen y congestionan el resultado es 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
7. En la encía pueden aparecer distintos tumores benignos y malignos (5).

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

CÁRIES 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 cocus, S. sanguis, especies de lactobacillus, actinomyces viscosus, streptococcus salivarius, actinomices naeslundii, bacteroides y espiroquetas (10,33)

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

Están indicadas:

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

PRÓTESIS 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 traves 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)

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 edéntulo es corto y recto.(4,26,34)

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

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

- Primer Nivel:

PROMOCION DE LA SALUD. Este nivel es inespecifico, es decir, no está dirigido hacia la prevención de ninguna enfermedad en particular y comprende todas las medidas encaminadas a mejorar la salud general del individuo. Ejemplos de estas medidas son una nutrición óptima, vivienda saludable, condiciones adecuadas de trabajo, descanso y entretenimiento (vacaciones), entre otras.

- Segundo Nivel:

PROTECCION ESPECIFICA. Consiste en una serie de medidas para la prevención de la aparición, o recurrencia, de una enfermedad en particular. Entre otros ejemplos se puede mencionar las vacunas, la fluoruración de las aguas y aplicación tópica de fluoruros para la prevención de la caries dental, el control de placa bacteriana para la prevención de la caries y enfermedad periodontal, etc. El primero y segundo niveles constituyen, la prevención primaria. Fluoruración: constituye una serie de procedimientos caracterizados por la ingestión de fluoruros, 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 fluoruros, como la adición de éstos a la leche, cereales, sal, el uso de pastillas y soluciones de fluoruros.

- Tercer Nivel:

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES. Este nivel comprende la denominada prevención secundaria, y, está compuesto por medidas destinadas a poner la enfermedad en evidencia, y tratarla, en las primeras etapas del período clínico. Como ejemplo de este nivel en odontología podemos citar las radiografías dentales, particularmente las bite-wing o interproximales, así como el tratamiento operatorio de lesiones cariosas incipientes. En algunos casos, en medicina como por ejemplo los de tumores malignos, éste es el primer estadio, y el más eficaz, en el cual se puede actuar exitosamente de acuerdo con los conocimientos actuales. 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:

LIMITACION DE LA INCAPACIDAD. Este nivel incluye medidas que tienen como fin limitar el grado de incapacidad producido por la enfermedad. Las protecciones pulpares, así como otros procedimientos endodónticos, extracción de dientes infectados, etc., son ejemplos odontológicos del cuarto nivel de prevención, puesto que dichos procedimientos mejoran efectivamente la capacidad del individuo para usar el remanente de su aparato masticatorio.

-Quinto Nivel:

REHABILITACION. (tanto física como psicosocial.) Medidas como la colocación de puentes y coronas, dentaduras parciales o completas, rehabilitación bucal, etc., pertenecen al quinto nivel. Los niveles cuarto y quinto constituyen la prevención terciaria.

De lo que antecede se deduce que la prevención se refiere primariamente al individuo como un ente total, y sólo en segundo término a la enfermedad o al órgano u órganos afectados. Esta es por cierto la única posición posible desde que el ser humano es un armonioso ente morfológico, fisiológico y psíquico y no un conjunto de estos componentes por separado.

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 a través del 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, espacios edéntulos 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 por lo menos al 60 % de los excombatientes de los campamentos.

VARIABLES

DEFINICION DE VARIABLES:

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

INDICADORES DE LAS VARIABLES:

1. SEXO: Por observación, en base a las características físicas generales de cada sexo, diferenciándolas entre masculino y femenino.
2. EDAD: Se anotó lo que el entrevistado refirió en años cumplidos hasta la fecha del examen.
3. DIAGNOSTICO: Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico fué anotada aquí, basado en la inspección, palpación y sondeo periodontal, determinando así la presencia de caries dental, enfermedad periodontal, exodoncia y presencia de espacios edentulos determinando así la restauración o el tipo de prótesis a diseñar (prótesis fija, prótesis total y /o prótesis removible), clasificando a los pacientes según severidad de dolor dental, grado de destrucción de los tejidos duros, daño en tejidos blandos e inflamación gingival, en rojo, amarillo, verde o blanco.
4. ETNIA: Se clasifico a los pacientes como: indígenas y ladinos, de acuerdo al grupo étnico al que pertenecian.

METODOLOGIA

POBLACION:

El estudio se realizó con la población total de excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) por campamento, concentrados en los 8 lugares durante el período de desarme y desmovilización, tomando una muestra de la población total por campamento, este estudio se refiere a 143 personas del campamento Sacol.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

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

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

HISTORIA MEDICA ANTERIOR: En ella se hizo la anotación de los problemas médicos que el paciente ha padecido, determinando aquellos que puedan requerir cuidados especiales durante el tratamiento odontológico, haciendo su anotación en color rojo..

HISTORIA ODONTOLOGICA ANTERIOR: En ella se anotó los problemas dentales que el paciente ha sufrido, si ha tenido visitas previas al dentista, etc..

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

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

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

Parámetros para la realización del diagnóstico:

1.- Periodoncia

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

La O.M.S. en colaboración con la F.D.I. crearon un método internacional de evaluación de las necesidades de tratamiento periodontal. En el año 1977 la Unidad de Salud Bucodental de la Organización Mundial de la Salud solicitó a un grupo de expertos de 14 países miembros de la FDI (Federación Dental Internacional), que examinaran y aconsejaran sobre la epidemiología, etiología y prevención de las enfermedades periodontales. La recomendación resultante de este estudio se basó en la combinación sistemática de la población y consistió en determinar clínicamente las diferentes categorías de la profundidad de la bolsa y la presencia del cálculo dental y de la hemorragia después de un sondeo cuidadoso. (ICNTP, Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal)

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 ésta encuesta epidemiológica se examinaron 12 piezas

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

Se utilizó un código numérico de 0 a 4 :

Código 0: periodonto sano, no se necesita tratamiento.

Código 1: se observa hemorragia, directamente o con un espejo bucal, después de un sondeo correcto. La higiene bucal necesita mejorarse.

Código 2: se sienten cálculos durante el sondeo, el surco periodontal no excede de 3 mm, el paciente necesita detartraje y mejorar su higiene bucal.

Código 3: existen bolsas periodontales de 4 a 5 mm, el paciente necesita detartraje, curetaje y mejorar su higiene bucal.

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

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.

Finalmente se anotaron los códigos obtenidos en el cuadro de diagnóstico realizado para este fin conforme al código máximo por sextante, que le correspondió.

2.- Caries:

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

3.- Exodoncia:

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

4.- Prótesis:

Prótesis fija: se observaron las arcadas parcialmente desdentadas, de una o más piezas, indicada en piezas sanas periodontalmente, espacio edéntulo unilateral, corto y recto, soporte dentario intermedio , o espacio edéntulo limitado por piezas dentales.

Prótesis Removible: Se observaron las arcadas desdentadas sin soporte posterior (indicada la restauración), cuando el espacio desdentado no se encuentre limitado en ambos extremos por dientes, espacios largos, pilares deficientes.

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

CRITERIOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES BUCALES PARA LA POBLACION 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 al siguiente código de colores:

CODIGO COLOR ROJO: caso urgente de tratamiento inmediato

CODIGO COLOR AMARILLO: caso con algunas urgencias de tratamiento

CODIGO COLOR VERDE: con patología a tratar en etapa posterior

CODIGO COLOR BLANCO: piezas sin caries ni patología de tejidos blandos.

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

- Preferencia de las primeras o segundas molares permanentes superiores e inferiores y anteriores superiores con dolor leve, moderado o severo.

- Caries y/o fractura dentaria con extensión de 2 o más superficies sin afección pulpar.

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

- Piezas que presenten destrucción dentaria profunda y/o destrucción de dos o más superficies, abscesos dentarios, dolor agudo o movilidad.

- Restos radiculares con o sin sintomatología.

3. Priorizando los tratamientos periodontales de acuerdo a:

- Pacientes que presenten encía con inflamación, presencia de cálculos y sangrado. (37)

TRATAMIENTOS REALIZADOS

Posteriormente, al concluir la etapa diagnóstica y priorizar las necesidades de la población, se llevo a cabo la organización para ejecutar el trabajo en salud bucal, calendarizado en forma rotativa por semana a las odontólogas practicantes, según las áreas a tratar (operatoria, periodoncia, exodoncia) así como un promotor de salud de la URNG, y un promotor de la Universidad Misionera de los Pobres .

Tabulando los tratamientos realizados al finalizar el tiempo establecido (marzo, abril), en el cuadro respectivo según las áreas tratadas. (38).



ANALISIS
E
INTERPRETACION
DE
RESULTADOS

CUADRO No. 1

CUADRO DE TRATAMIENTOS
ESTABLECIDOS POR LOS CRITERIOS DE LA URNG Y EL CODIGO MAXIMO POR
SEXTANTES INDICADO POR EL ICNTP, EN LA POBLACION ESTUDIADA
INDICANDO EL TRATAMIENTO PARA CODIGOS ESTABLECIDOS POR ICNTP

TX INDICADO SEGÚN CRITERIO ESTABLECIDO POR URNG.			CODIGO MAXIMO POR SEXTANTES INDICADO POR ICNTP		
CLASIFICACION POR CODIGOS	# DE TX	%	CODIGO	# DE SEXTANTES	%
ROJOS	73	51	4	31	4
AMARILLOS	62	43	3	178	21
VERDES	1	1	2	620	72
BLANCOS	7	5	1	18	2
			NO EVALUABLE	11	1
TOTAL	143	100	TOTAL	858	100

Tratamiento código 4: trat. complejo, detartraje profundo, curetaje e intervención quirúrgica.

Tratamiento código 3: detartraje subgingival e higiene bucal adecuada.

Tratamiento código 2: detartraje supragingival y mejor higiene bucal.

Tratamiento código 1: sólo instrucciones para una mejor higiene bucal.

Abreviaturas utilizadas:

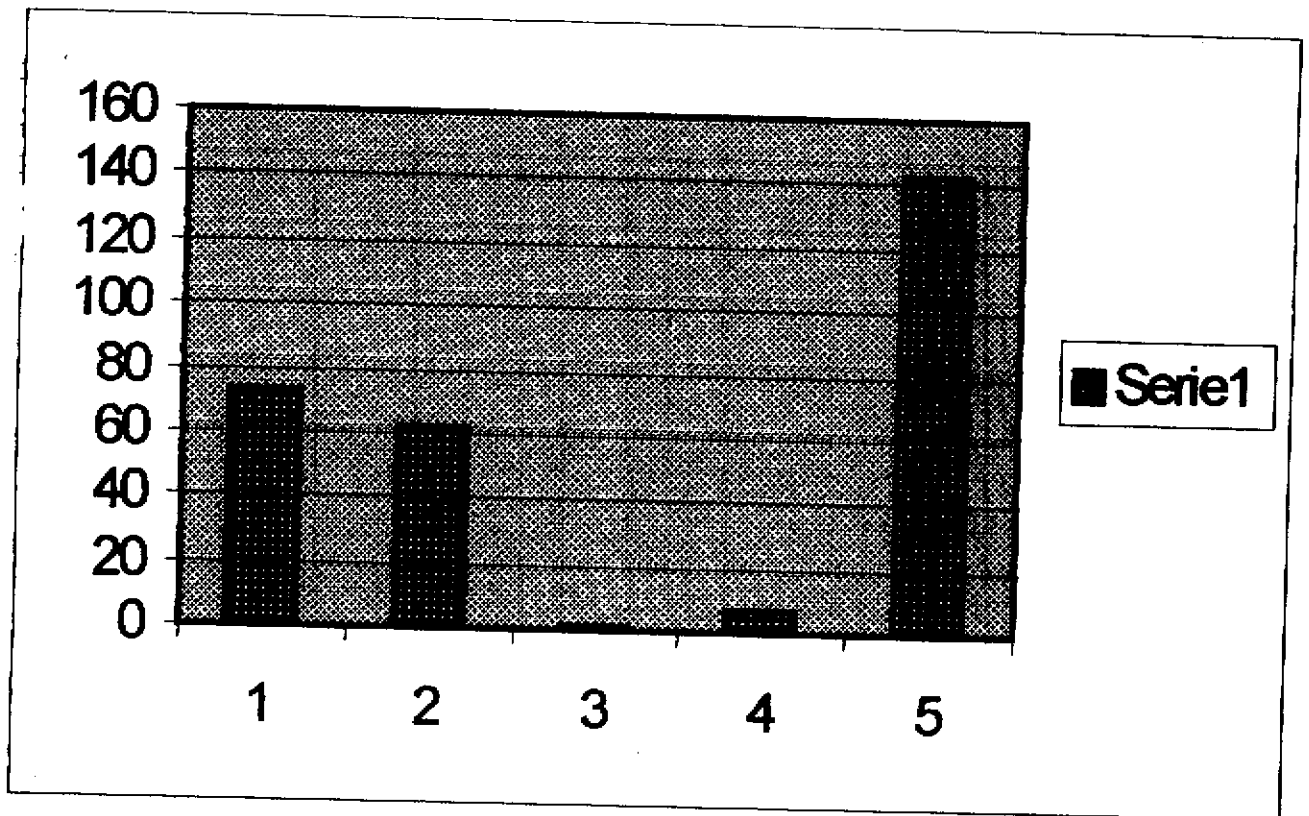
TX: diagnóstico.

Fuente: Población total sin incluir niños (143), del campamento Sacol, Nuevo Chahal, Alta Verapaz (marzo, abril), 1997.

Observándose que la mayoría de los tratamientos indicados según criterio de URNG son clasificados código color rojo, siendo casos urgentes de tratamiento, generalizados, y el mayor número de tratamientos indicados por el ICNTP son tratamientos no complejos ni urgentes de tratar, siendo más específicos correspondiendo al código No. 2

GRAFICA RELACIONADA CON EL CUADRO No. 1

TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS POR CRITERIOS DE LA URNG

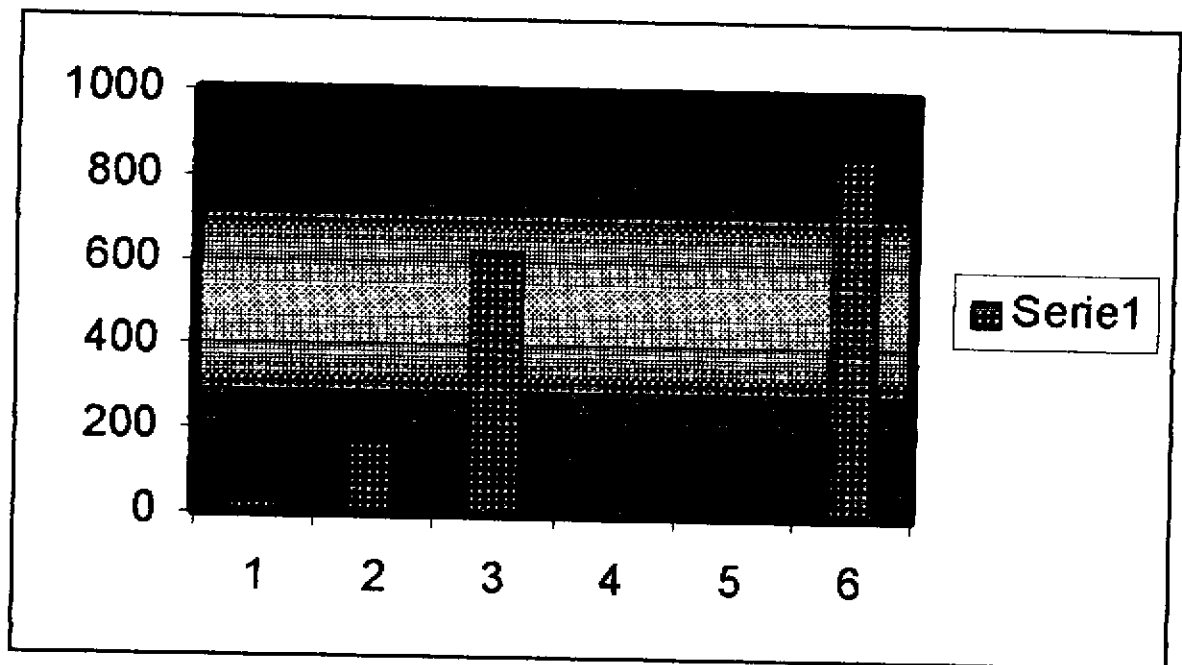


TRATAMIENTOS INDICADOS SEGUN CODIGO

1. CODIGO ROJO
2. CODIGO AMARILLO
3. CODIGO VERDE
4. CODIGO BLANCO
5. TOTAL

GRAFICA RELACIONADA CON EL CUADRO No. 1

TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS SEGÚN CRITERIO DE ICNTP



TRATAMIENTOS SEGÚN CODIGOS

1. CODIGO No. 4
2. CODIGO No. 3
3. CODIGO No. 2
4. CODIGO No. 1
5. NO EVALUABLE
6. TOTAL

CUADRO No. 2

COMPARACION ENTRE LOS SEXTANTES EVALUADOS INDICANDO EL TIPO DE TRATAMIENTO NECESARIO PARA CADA GRUPO DE SEXTANTES DETERMINADO SEGUN LO INDICADO POR EL ICNTP

TRATAMIENTO INDICADO POR ICNTP	No. SEXTANTES EVALUADOS
No evaluable	11
Instrucciones para mejorar su higiene Bucal	18
Detartraje y mejorar su higiene bucal	798
Tratamiento complejo, detartraje profundo curetaje, incluso cirugía	31
Total	858

Fuente: Población total sin incluir niños (143), del campamento Sacol, Nuevo Chahal, Alta Verapaz (marzo, abril), 1997.

Se puede observar en el cuadro No. 2 que de los 858 sextantes evaluados en la fase diagnóstica por medio del I.C.N.T.P., el mayor número de los sextantes necesita un tratamiento moderado, indicando que la afección periodontal severa es poca siendo mínimos los casos de tratamiento periodontal complejo.

CUADRO No. 3

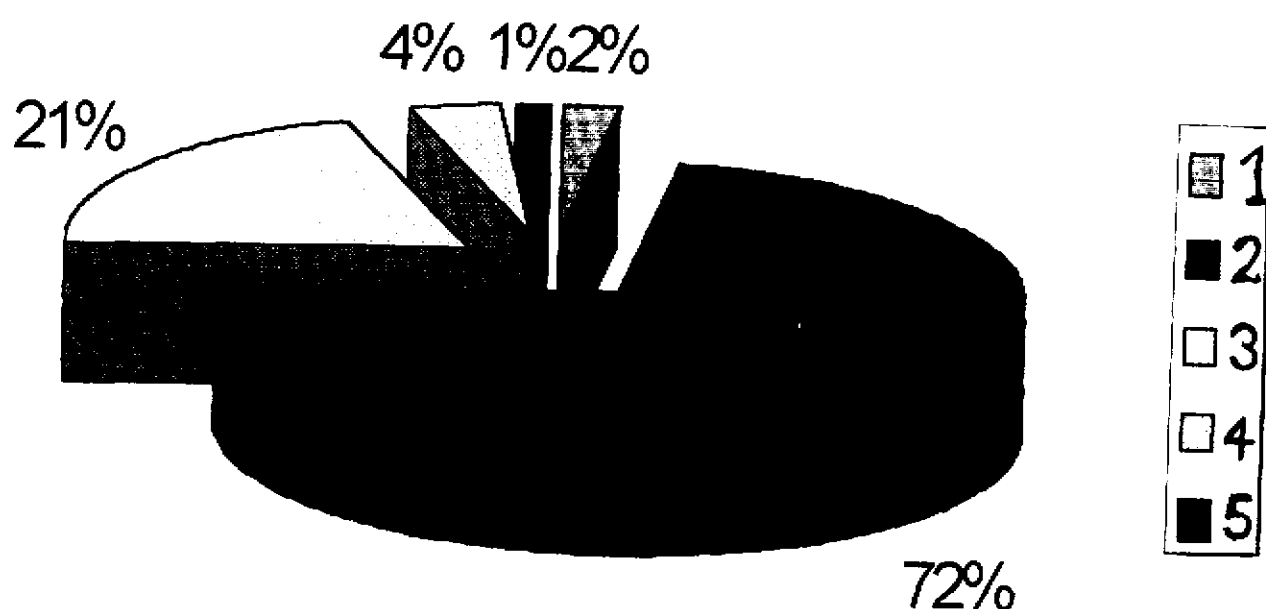
CODIGOS DE TRATAMIENTOS INDICADOS POR EL ICNTP POR SEXTANTE
DE LA POBLACIÓN EXAMINADA

No. SEXTANTE	CODIGO 1	CODIGO 2	CODIGO 3	CODIGO 4	NO EVALUABLE	TOTAL PACIENTES
1	3	101	32	5	2	143
2	3	102	34	4	0	143
3	3	103	29	5	3	143
4	3	108	24	5	3	143
5	3	105	28	7	0	143
6	3	101	31	5	3	143
TOTAL SEXTANTES EVALUADOS	18	620	178	31	11	858

Fuente: Población total (143), sin incluir niños del campamento Sacol, Nuevo Chahal,
Alta Verapaz (marzo, abril), 1997.

En el cuadro No. 3 se observa que de los 858 sextantes evaluados por medio del I.C.N.T.P., la mayor cantidad de tratamientos periodontales necesarios estudiados corresponden al código dos y tres (detartraje supra y; subgingival e higiene bucal adecuada), siendo casos de tratamiento moderado.

GRAFICA RELACIONADA CON EL CUADRO No. 3
CODIGOS DE TRATAMIENTOS INDICADOS POR EL ICNTP POR SEXTANTE DE LA
POBLACION EXAMINADA



- No. 1 SEXTANTES QUE NECESITAN TRATAMIENTO CODIGO 1
No. 2 SEXTANTES QUE NECESITAN TRATAMIENTO CODIGO 2
No. 3 SEXTANTES QUE NECESITAN TRATAMIENTO CODIGO 3
No. 4 SEXTANTES QUE NECESITAN TRATAMIENTO CODIGO 4
No. 5 SEXTANTES NO EVALUABLES

CUADRO No. 4

CUADRO CON EL RANGO DE EDAD DE LA POBLACION
EXAMINADA, SEGUN SEXO Y LA ETNIA DE LA MISMA, DEL CAMPAMENTO
SACOL

EDAD POR RANGOS	SEXO				ETNIA			
	MASC.	%	FEMEN.	%	INDIGENA	%	NO INDIGENA	%
15-20	84	64	8	37	66	65	26	62
21-25	11	8	4	33	8	8	7	17
26-30	21	16	0	0	15	15	6	15
31-35	5	4	0	0	4	4	1	2
36-40	7	5	0	0	6	6	1	2
40 en adelante	3	2	0	0	2	2	1	2
TOTAL	131	100	12	100	101	100	42	100

Fuente: Población total sin incluir niños (143), del Campamento Sacol, Nuevo Chahal,
Alta Verapaz (marzo y abril), 1997.

El cuadro numero cuatro indica que de los 143 pacientes evaluados la mayoría de la población son del menor rango de edad (adolescentes) y de etnia indigena. La población ladina corresponde a la tercera parte del presente estudio, lo cual es característico en la población total.

CUADRO No. 5
CRITERIOS DE TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS POR URNG RELACIONANDOS
CON RANGOS DE EDAD EN LA POBLACION DEL PRESENTE ESTUDIO EN SACOL,
NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ

EDAD POR RANGOS	CLASIFICACION SEGÚN CRITERIOS ESTABLECIDOS POR URNG								POBLACION TOTAL POR RANGOS	
	R.	%	A.	%	V.	%	B.	%		%
15-20	44	60	42	68	0	0	6	86	92	64
21-25	7	10	7	11	0	0	1	14	15	10
26-30	11	15	9	15	1	100	0	0	21	15
31-35	2	3	3	5	0	0	0	0	5	3
36-40	7	10	0	0	0	0	0	0	7	5
40 en adelante	2	3	1	2	0	0	0	0	3	2
TOTAL	73	100	62	100	1	100	7	100	143	100

Abreviaturas utilizadas:

R. Rojo - indicando caso urgente de tratamiento.

A. Amarillo - indicando caso con algunas urgencias de tratamiento

V. Verde - indicando caso con patología a tratar en etapa posterior.

B. Blanco - indicando caso sin presencia de caries ni patología.

Fuente: Población diagnosticada sin incluir niños (143), Campamento Sacol,

Nuevo Chahal, Alta Verapaz (marzo, abril), 1997.

Según los datos se establece que la población más necesitada de tratamiento dental es la de menor edad, existiendo una población poco significativa dentro de la estudiada que no tiene caries ni patología presente, representando un 51% de la población total casos urgentes de tratamiento.

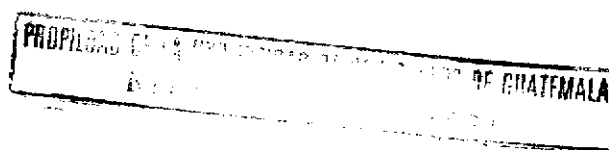
CUADRO No.7

TRATAMIENTOS REALIZADOS DURANTE EL TIEMPO ESTABLECIDO
(MARZO, ABRIL) EN LA POBLACION ESTUDIADA, SEGÚN PRIORIZACION DE
NECESIDADES INDICADAS POR LOS DIAGNOSTICOS.

TRATAMIENTO INDICADO	NUMERO DE TRATAMIENTOS REALIZADOS EN LOS 143 PACIENTES EVALUADOS
Amalgama CI I oclusal y Buco-Lingual	96
Amalgama CI II (2 superficies)	12
Amalgama CI II (3 superficies)	3
Amalgama CI III	2
Amalgama CI V	4
Resinas Compuestas	60
Tratamiento Periodontal	58
Exodoncias	30
Total Personas Atendidas	56
Porcentaje cubierto	39 %

Fuente: Población Total (143), sin incluir niños del Campamento Sacol,
Nuevo Chahal, Alta Verapaz (marzo, abril), 1997.

En el presente cuadro se observa que la mayor cantidad de tratamientos realizados corresponde al área de operatoria y periodoncia, quedando sin atender las áreas de prótesis pues no se contó con los medios e insumos necesarios para este fin.



CUADRO No. 5
 CRITERIOS DE TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS POR URNG RELACIONANDOS
 CON RANGOS DE EDAD EN LA POBLACION DEL PRESENTE ESTUDIO EN SACOL,
 NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ

EDAD POR RANGOS	CLASIFICACION SEGÚN CRITERIOS ESTABLECIDOS POR URNG								POBLACION TOTAL POR RANGOS	
	R.	%	A.	%	V.	%	B.	%		%
15-20	44	60	42	68	0	0	6	86	92	64
21-25	7	10	7	11	0	0	1	14	15	10
26-30	11	15	9	15	1	100	0	0	21	15
31-35	2	3	3	5	0	0	0	0	5	3
36-40	7	10	0	0	0	0	0	0	7	5
40 en adelante	2	3	1	2	0	0	0	0	3	2
TOTAL	73	100	62	100	1	100	7	100	143	100

Abreviaturas utilizadas:

R. Rojo - indicando caso urgente de tratamiento.

A. Amarillo - indicando caso con algunas urgencias de tratamiento

V. Verde - indicando caso con patología a tratar en etapa posterior.

B. Blanco - indicando caso sin presencia de caries ni patología.

Fuente: Población diagnosticada sin incluir niños (143), Campamento Sacol,

Nuevo Chahal, Alta Verapaz (marzo, abril), 1997.

Según los datos se establece que la población más necesitada de tratamiento dental es la de menor edad, existiendo una población poco significativa dentro de la estudiada que no tiene caries ni patología presente, representando un 51% de la población total casos urgentes de tratamiento.

CUADRO No. 6
NECESIDADES ODONTOLÓGICAS CLASIFICADAS SEGÚN EL TRATAMIENTO
INDICADO EN LA
PÓBLACION DEL CAMPAMENTO SACOL.

NECESIDADES ODONTOLÓGICAS.	NUMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN LA POBLACION ESTUDIADA
Clase I oclusal	848
Clase I Buco-Lingual	350
Clase II (2 superficies)	54
Clase II (3 superficies)	5
Clase III	108
Clase IV	18
Clase V	2
Clase VI	2
Protesis Parcial Fija	86
Protesis Parcial Removible	11
Protesis Total	0
Exodoncias	66

Fuente: Población Total sin incluir niños (143), del Campamento Sacol,
 Nuevo Chahal, Alta Verapaz (marzo, abril), 1997.

El presente cuadro muestra que la mayor necesidad odontológica corresponde a la clasificación de caries clase I, no existiendo así, casos de prótesis total. Determinando que la población examinada posee un alto índice de caries en comparación con el resto de necesidades odontológicas. Estableciéndose que la población necesita más tratamiento en el área de prótesis parcial fija que en las otras áreas de prótesis. Indicando que el área que requiere mayor tratamiento es operatoria.

DISCUSION DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados de estudios epidemiológicos han revelado que la enfermedad periodontal es causada por la placa bacteriana, siendo la edad de ésta un factor explícito adicional. La iniciación y el progreso de la enfermedad pueden variar de una población a otra y de uno a otro diente (6).

El presente estudio demostró que la mayoría de la población, basándose en el criterio establecido por la URNG, es clasificada con rojo (caso urgente de tratamiento), siendo según el ICNTP un menor porcentaje de la población, que necesita tratamiento complejo y urgente. Indicando que al establecer el ICNTP se realizan tratamientos periodontales acordes a la necesidad real de los procesos periodontales presentes, evitando los sobre tratamientos periodontales que podrían llegar a ocasionar daño a los tejidos de soporte dental en una parte de la población (34).

De los 858 sextantes evaluados en la fase diagnóstica por medio del I.C.N.T.P., el mayor número de los sextantes necesita un tratamiento moderado, indicando que la afección periodontal severa es poca siendo mínimos los casos de tratamiento periodontal complejo, correspondiendo a los códigos dos y tres (detartraje supra y subgingival e higiene bucal adecuada).

Publicaciones de estudios indican que la caries dental es una degeneración progresiva y localizada de los dientes, que necesita un tiempo para desarrollarse desde la desmineralización superficial hasta la destrucción total (34).

Los resultados obtenidos en la presente investigación indican que el índice de caries es alto, correspondiendo a la clasificación de caries clase I, no existiendo así, casos de prótesis total y las necesidades odontológicas son numerosas, indicando que el área que requiere mayor tratamiento es operatoria. Esto tiene relación directa con el tiempo que estuvo la población sin tratamiento, siendo 36 años, completamente aislados de atención dental (8).

En el presente estudio se concluyó que la población estudiada posee un mayor número de necesidades odontológicas en el área de prótesis parcial fija, que en las otras áreas de prótesis. Su población mayoritaria se encuentra en el rango de 15-20 años de edad, encontrándose el mayor porcentaje de población correspondiente al sexo masculino y de etnia indígena. La población ladina corresponde a la tercera parte del presente estudio, lo cual es característico en la población total.

Según los datos se establece que la población más necesitada de tratamiento dental es la de menor edad, existiendo una población poco significativa dentro de la estudiada que no tiene caries ni patología presente, representando un 51% de la población total casos urgentes de tratamiento.

La atención de salud bucal de la población fue cubierta en un 60%, al atenderse a 340 pacientes en la totalidad, siendo específicamente en el presente estudio una atención de 56 pacientes que corresponde al 39%, priorizándose las necesidades más frecuentes, operatoria dental y periodoncia.

RECOMENDACIONES

Es necesario dar un seguimiento al tratamiento odontológico de la población para poder completar la parte alcanzada en el presente estudio al cubrir las necesidades odontológicas más urgentes.

Aplicar el índice comunitario de necesidades de tratamiento periodontal a los pacientes no tratados, para establecer la necesidad real de tratamiento periodontal por sextante.

Establecer actividades de educación en salud, dándole énfasis a la prevención y no a la curación, en las comunidades del área rural donde se reincorporaron los excombatientes.

LIMITACIONES

1. **IDIOMA:** La barrera del lenguaje fué desde el principio evidente, ya que la mayoría de la población es 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 estuvieron 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 . En el campamento se presentaron fallas en el equipo desde el inicio, entre éstas se pueden mencionar las existentes en el compresor, planta eléctrica, unidades dentales, piezas de mano, contrángulos, etc.
4. **FALTA DE INSTRUMENTAL E INSUMOS ODONTOLOGICOS:** Al inicio se notó la falta de algunos materiales dentales básicos como oxido de zinc y eugenol, fresas adecuadas o la mala calidad de algunos materiales como la amalgama de plata y resinas compuestas.
5. **FALTA DE LUZ ELECTRICA Y AGUA POTABLE:** En el campamento el fluido eléctrico y el abastecimiento de agua no eran constantes.

ANEXOS



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Edificio "M-2" Segundo Nivel
Ciudad Universitaria, zona 12
Apartado Postal 1029
Guatemala, Centroamérica

Ref.: F.O.D. 011/97

ACUERDO No. 003/97

El Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en uso de las facultades que le otorgan las literales d), f) y p) del Artículo 24, Capítulo II, Título IV de los Estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, **A C U E R D A:** Nombrar al **DR. ANGEL RODOLFO SOTO GALINDO**, Representante de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala ante la Comisión Multisectorial conformada por MINUGUA - O.P.S. - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL - URNG - UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS; para definir la participación de los estudiantes de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud, a realizarse por 60 días en los campamentos de los excombatientes de la URNG, previa su incorporación a la vida civil, derivado de la firma de los Acuerdos de Paz y el compromiso de la Universidad de San Carlos de contribuir a la reconstrucción del país con acciones directas.

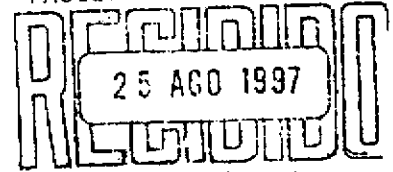
Dado en la Ciudad de Guatemala, a los dieciseis días del mes de enero de mil novecientos noventa y siete.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Danilo Arroyave Rittscher
DECANO

Guatemala, 8 de agosto de 1997

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



10150 28

Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Director de la Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala
Edificio M2 2do. Nivel
Ciudad

Estimado doctor Arroyave:

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

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

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

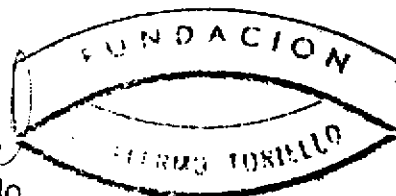
En nombre de las organizaciones e instituciones coordinadoras, patentizamos nuevamente nuestro agradecimiento y nuestro deseo que juntos sigamos contribuyendo hacia la paz firme y duradera que tanto anhelamos para este país.

Atentamente,

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



Fundación Guillermo Toriello
Comisión especial de Incorporación URNG



Dr. Jacobo Finkelstein
Representante
OPS/OMS GUATEMALA





ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



7a. AVENIDA 12-23 ZONA 9
EDIFICIO ETISA 3er. NIVEL
GUATEMALA. C. A. 01009

PBX 3322032
FAX 3343804
APARTADO POSTAL 383

REFERENCIA

GUT-PWR-DES-CTD/66/3/1952

Dr. Rodolfo Soto
Director de Clínicas, Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala
Edificio M2, 2o. nivel
Ciudad Universitaria zona 12
Ciudad

Estimado doctor Soto:

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

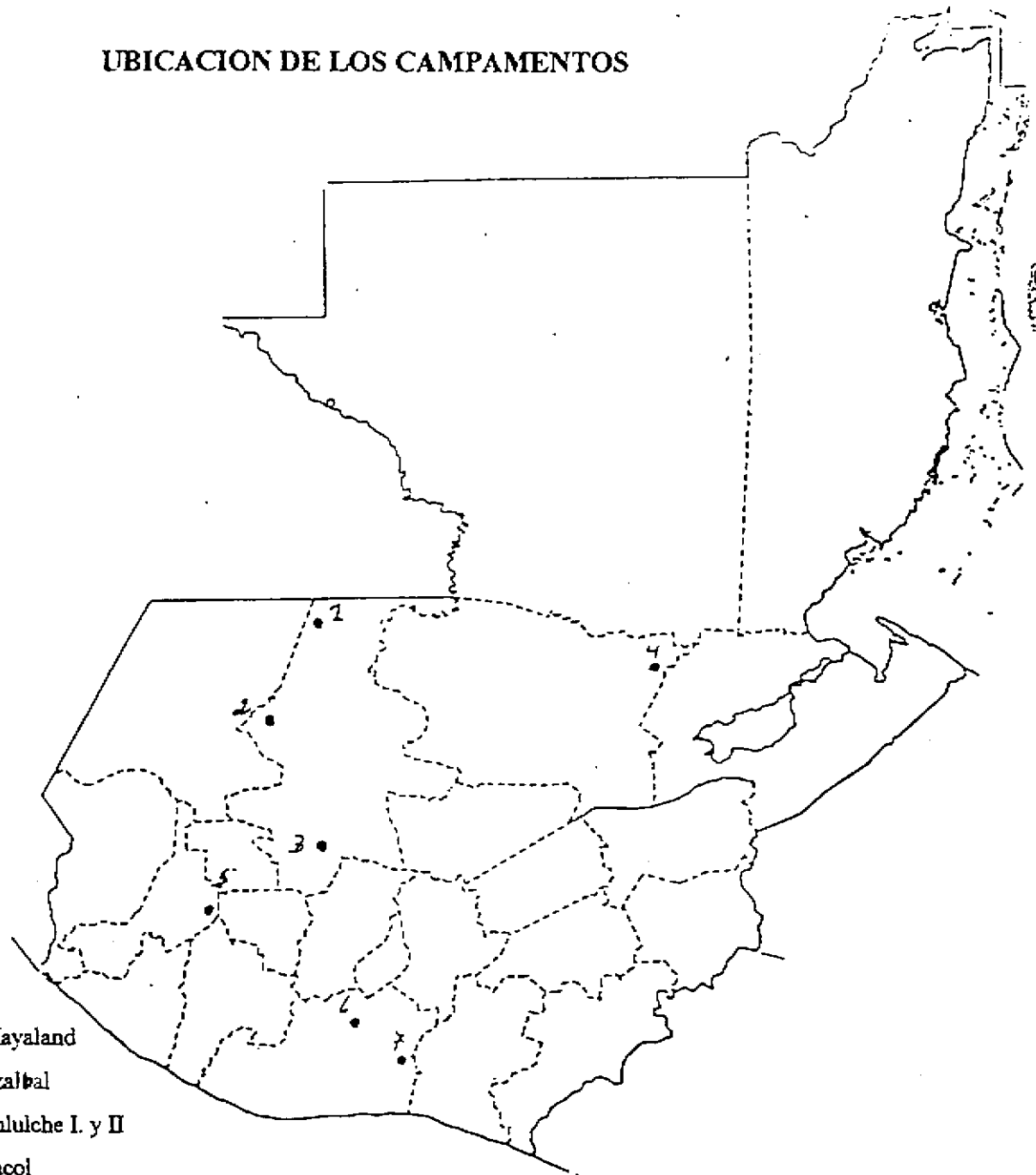
Agradeceremos también hacer extensivo este reconocimiento al personal a su cargo, por la excelente labor realizada y el compromiso en alcanzar los objetivos propuestos en este proyecto.

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

Atentamente,

Dr. Jacobo Bankelman
Representante OPS/OMS

UBICACION DE LOS CAMPAMENTOS



1. Mayaland
2. Tzabal
3. Tuluiche I. y II
4. Sacol
5. Las Abejas
6. Parcelamiento los Blancos.
7. Finca Claudia.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 AREA DE EJERCICIO PROFESIONAL

ASPECTO COLECTIVO

FECHA DE CONTROL DE TRATAMIENTOS TERMINADOS DEPARTAMENTALMENTE

NOMBRE DEL O.P. _____

AÑO _____

COMUNIDAD _____

PROGRAMA ESCOLAR

PROGRAMA PRE-ESCOLAR Y EMBARAZADAS

DIA	FECHA	EXAMEN	PACIENTES ATENDIDOS	PROFILAXIS Y ATF	EXODONCIA	PIEZAS OBTURADAS		PULPOTOMIAS	T.C.R.	CORONAS DE ACERO	OTROS	EDUC. GRUPOS ESCOLARES	EXAMEN	PACIENTES ATENDIDOS	PROFILAXIS Y ATF	EXODONCIAS P. PRIMARIAS	EXODONCIAS P. PERMANENTES	PERIODONCIA	EDUC. GRUPOS PRE-ESCOLARES	EDUC. GRUPOS EMBARAZADAS	OTROS			
						A.M. CL 7	OTROS														A.M. CL II 2 SUP	A.M. CL II 3 SUP	ZOE	RESINAS COMP.
LUNES																								
MARTES																								
MIÉRCOLES																								
JUEVES																								
VIERNES																								
SABADO																								
LUNES																								
MARTES																								
MIÉRCOLES																								
JUEVES																								
VIERNES																								
SABADO																								
TOTALES																								

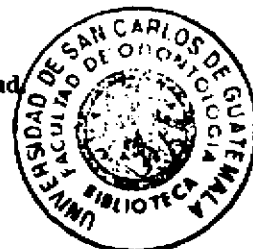
OBSERVACIONES:

SUPERVISOR V.o.Bo. _____

FECHA _____

BIBLIOGRAFIA

1. Acuerdos de Paz. Guatemala, Universidad de San Carlos, DIGI, 1996. 49p.
2. Acuerdos entre el Gobierno de Guatemala y las comisiones permanentes. Suscritos el 8 de octubre 1992. Guatemala, Editorial Corei, Diciembre 1995. pp. 1-3.
3. Baum, Lloyd.-- Tratado de Operatoria Dental / Lloyd Baum, Ralph W Phillips, Melvin R. Lund ; trad. por Irina Lebedeff Spengler. -- 2a ed.-- México : Interamericana, 1988. 620p.
4. Carranza, Fermin A. -- Periodontología Clínica de Glickman / Fermin A. Carranza ; trad. por Laura Elias Urdapilleta, Enriqueta Cerón Rossalíz -- 7a ed. -- México : Interamericana Mc Graw - Hill, 1990. 1067p.
5. Catecismo del proceso de paz de 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. (Marlo López Larravé. 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, 1994. 1990 p
10. Faglanul Torres, M. Periodoncia: Unidades de aprendizaje independiente. Guatemala, Ediciones Superación, 1991. pp.93-96.
11. GAM y CIIDH Quitar el agua al pez: análisis del terror en tres comunidades rurales de Guatemala (1980-1984). Guatemala, Editorial Estudiantil Fenix, 1996. 102p. (Serie Cuadernos para la Historia).
12. García, L. J. M. y R. Quezada Toruño. Los derechos humanos y el proceso de paz en Guatemala. Guatemala, Serviprensa, 1996. 52p.
13. Haz bien y no mires a quien.. --P. 1. -- De revista Odontología Gráfica (Guatemala).-- Año 17. No. 202. (sábado, 1 de Marzo de 1997).
14. Hernández, R. y E. Godoy. Adlós a las armas: Gobierno y URNG firman acuerdo de paz -- pp. 2 - 6. -- En periodico Prensa Libre (Guatemala). -- Año 46. No. 14686. (lunes, 30 de Diciembre de 1996).
15. Henderson , Davis. -- Prótesis Parcial Removible / David Henderson, Victor L. Steffel ; trad por Martín Horacio Edenberg.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1974. 468p.



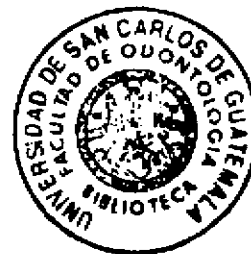
16. Hoy se firma la paz. -- pp. 3 - 7. -- En periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala).-- Año 46, No. 14685. (domingo, 29 de Diciembre de 1996).
17. Ingle, John Ide. -- Endodoncia / John Ide Ingle, Jerry F. Taintor ; trad. por Jose Luis García Martínez, J. Rafael Blenglo Pinto, Alberto Folch Pl. -- 3a ed.-- Mexico : Interamericana 1991. Pp. 530 - 531.
18. Katz, Simon.-- Odontología preventiva en Acción / Simon Katz, James L. Mc Donald, George K. Stookey. -- Mexico : Editorial Medica Panamericana, 1975. pp. 30 - 40 .
19. Kratochvil, F. James. -- Prótesis parcial removible / F. James Kratochvil ; trad. por Jose Antonio Ramos Tercero.-- Mexico : Interamericana Mc Graw - Hill, 1989. pp. 70-86, 90-98.
20. MINUGUA. Acuerdo global sobre derechos humanos. México, 29 de mayo de 1994. 10p.
21. -----Informe de reconocimiento de puntos de concentración. Guatemala, Febrero, 1997. 11p.
22. Montenegro Lima, G. R. César Montes: La paz se pudo firmar hace 30 años. -- p. 11.-- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (sábado, 22 de Febrero de 1997).
23. -----César Montes: tres movimientos crearon las FAR. -- pp. 9 -- En Periódico La República (Guatemala). -- Año 4 (domingo 23 de Feb. de 1997).
24. -----El "Che" Guevara y Yon Sosa, grandes figuras en la guerra de guerrillas.-- p. 11.-- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (lunes, 24 de Febrero de 1997).
25. ----- E. Guerra. César Montes: Yon Sosa, y Turcios Lima construyeron la guerrilla.-- p. 10-11.-- En Periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (Lunes, 24 de feb. 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. Salzar, Pedro.-- Prostodoncia total / Pedro Salzar.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1972. 495p.
30. Salud integral en la fase de desmovilizado y de la incorporación de la URNG a la vida ciudadana. Guatemala, URNG, julio de 1997. 72p. (versión final para el comentario.)
31. San Ramón, H. La democracia de las armas. México, Latinoamericana, 1994. 280p.
32. Seltzer, Samuel.-- Pulpa Dental / Samuel Seltzer, I. B. Bender ; trad. por Jose Antonio Ramos Tercero.-- México : El manual moderno, 1987. 370p.



33. Shillingburg, Herbert T. -- Fundamentos de Prótesis 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.-- Prótesis Parcial Removible / Kenneth L. Stewart, Kenneth D. Rudd, William A. Kuuebker ; trad. por Jesus Sierralta, Myrna Khayan B. y Mena L. Vallex.-- 2a ed.-- Caracas : Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 1993.-- Pp. 1 - 20, 97 - 100, 117.
35. Stockstill, John W., John F. Bowley y Ronald Atanasio.-- Analisis de decisiones clínicas en prótesis fija.-- Pp. 565, 569, 591, 594.-- En: Prótesis fija integral : John F. Bowley John W. Stockstill, Ronald Attanasio, directores huespedes.-- México : Interamericana McGraw - Hill, 1992. (Clínicas Odontológicas de Norte America, Vol. 3.)
36. Taller de Homogenización de criterios para la atención de salud integral en la fase de desmovilización. Guatemala, URNG, 1997. 73p.
37. Tiempo de paz. -- P. 30. -- En Periódico Prensa Libre, edición especial, (Guatemala). Año 64, No. 14685. (lunes, 30 de Diciembre de 1996).
38. 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.
39. Un quetzal.-- p. 16.--En Periódico Tinamit (Guatemala). Año 6, 2a. Época, No. 202. (jueves 20 al miércoles 26 de Febrero de 1997).
40. Valdeavellano Pinot, R. Manual de Exodoncia. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area Médico Quirúrgica. Unidad de Cirugía. 60 pp.

Vo. Bo.

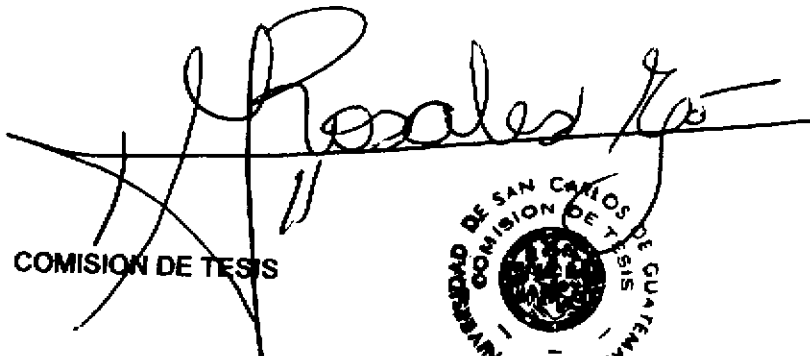
EMM





Lidia Waleska Tejaxun Campos
Sustentante


Dr. Danilo Arroyave
Asesor

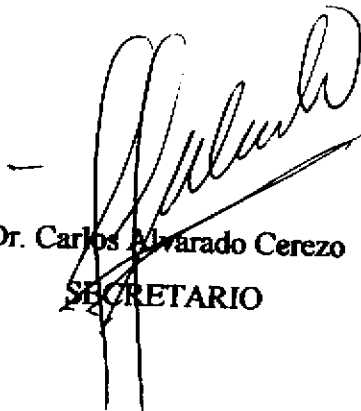

Dr. Rodolfo Soto
Asesor


COMISION DE TESIS




COMISION DE TESIS

Vo. Bo. Imprimase


Dr. Carlos Alvarado Cerezo
SECRETARIO

