

“DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN DEL CAMPAMENTO DE TULULCHÉ II, EN EL MUNICIPIO DE CHICHÉ, DEPARTAMENTO DE EL QUICHÉ, EN LA FASE DE INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA CIUDADANA, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.”

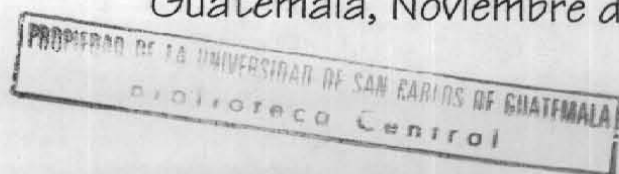
Tesis presentada por

ARTURO EDUARDO CASTILLO PALMA

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala que practicó el examen general público previo a optar al título de

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, Noviembre de 1998



09
(1082)
C.4

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANO:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
VOCAL PRIMERO:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
VOCAL SEGUNDO:	Dr. Luis Barillas Vásquez
VOCAL TERCERO:	Dr. César Mendizábal Girón
VOCAL CUARTO:	Br. Guillermo Martini Galindo
VOCAL QUINTO:	Br. Alejandro Rendón Terraza
SECRETARIO:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

DECANO:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
VOCAL PRIMERO (Miembro J.D.):	Dr. Luis Barillas Vásquez
VOCAL SEGUNDO (Asesor):	Dr. Angel Rodolfo Soto
VOCAL TERCERO:	Dr. Fernando Ancheta Rodríguez
SECRETARIO:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

ACTO QUE DEDICO

A NUESTRO DIOS

*Por su inmenso Amor y luz eterna.
Por ser el centro de mi vida*

A MIS PADRES

*Felipe Arturo Castillo de León
Marina Palma de Castillo
Por ser los mejores padres, por su amor,
Sus consejos y apoyo incondicional.
Agradezco infinitamente sus esfuerzos y sacrificios
realizados por mis hermanos y por mi, gracias a ellos
hoy soy un profesional.*

A MIS HERMANOS

*Nydia , Juan Carlos , y Pedro Juan
Por su amor y su amistad*

A MIS SOBRINOS

Melissa, Iván y Marjorie

A MI NOVIA

*Sandra
Por su gran amor. Por ser el hombro donde apoyarme
y por darme la sonrisa que conforta el alma.*

A MIS AMIGOS

*Marco Tulio y Adrian
Por su amistad y cariño*

TESIS QUE DEDICO

A GUATEMALA Mi Patria amada

A LA PAZ EN GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A MIS CATEDRATICOS

AGRADECIMIENTO:

QUIERO HACER UN SINCERO AGRADECIMIENTO A LA LICDA. ROSARIO MELENDEZ DE AGUILAR, SANDRA Y CLAUDIA AGUILAR POR SU INVALUABLE APOYO PARA LA REALIZACION DE ESTA TESIS.

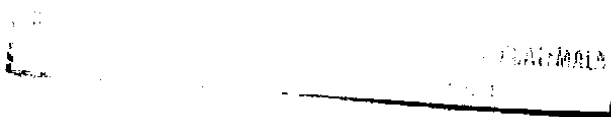
HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de Tesis titulado "DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN DEL CAMPAMENTO DE TULULCHÉ II, EN EL MUNICIPIO DE CHICHÉ, DEPARTAMENTO DE EL QUICHÉ, EN LA FASE DE INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA CIUDADANA, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997.", conforme lo demandan los reglamentos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Danilo Arroyave Rittscher y al Dr. Angel Rodolfo Soto por su asesoría en la realización de este trabajo de tesis.

Y a ustedes distinguidos miembros del tribunal examinador, reciban mis mas altas muestras de consideración y respeto.



INDICE

Sumario.....	1
Introducción.....	2
A. Planteamiento del Problema.....	3
B. Justificación.....	4
Capítulo I <u>“Marco Conceptual del Problema”</u>	5
C. Antecedentes.....	6
Descripción de campamentos.....	20
Capítulo II <u>“Marco Teórico”</u>	28
2.1. Aspectos biológicos y disciplinas de la odontología que abarca la presente investigación.....	29
2.1.1. Periodoncia.....	29
2.1.2. Periodontitis.....	29
2.1.2.1. Periodontitis marginal.....	29
2.1.2.2. Periodontitis juvenil.....	29
2.1.2.3. Periodontitis ulcerosa.....	29
2.1.3. Gingivitis.....	30
2.1.4. Operatoria Dental.....	31
2.1.5. Caries Dental.....	31
2.1.6. Prótesis Total.....	31
2.1.7. Prótesis Removible.....	31
2.1.8. Prótesis Fija.....	32
2.1.9. Extracción Dentaria.....	32
2.1.10. Prevención y Educación en Salud Bucal.....	32
2.1.11. Periodoncia.....	35
Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal.....	35
Capítulo III <u>“Marco Metodológico”</u>	38
1.3.1. Objetivos.....	39
A. Generales.....	39
B. Específicos.....	39
3.2. Variables.....	52

3.2.1. <i>Definición de Variables</i>	40
3.2.2. <i>Indicadores de las Variables</i>	40
3.3 <i>Instrumentos</i>	41
3.3.1. <i>Instrumento para la recolección de datos</i>	41
<i>Criterios de tratamiento de las afecciones orales para la población meta establecidos por la URNG</i>	44
Capítulo IV <u>“Marco Operativo”</u>	46
4.1 <i>Estadísticas</i>	46
4.1.1. <i>Población y Muestra</i>	46
4.1.2. <i>Análisis</i>	46
4.1.3. <i>Técnica de recolección de datos</i>	47
4.1.4. <i>Trabajo de campo</i>	47
4.1.5. <i>Procedimiento de la Información</i>	47
Capítulo V <u>“Análisis e Interpretación de Resultados”</u>	48
<i>Análisis e interpretación de resultados</i>	49
Capítulo VI <u>“Conclusiones y Recomendaciones”</u>	73
<i>Conclusiones</i>	74
<i>Recomendaciones</i>	76
<i>Limitaciones del problema</i>	77
<i>Anexos</i>	78
<i>Bibliografía</i>	87

SUMARIO

El presente trabajo se llevó a cabo en el Campamento de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, llamado Tzulché 11 en el Municipio de Chiché, Departamento de El Quiché, durante la fase de desmovilización e incorporación de los excombatientes a la vida ciudadana como parte del cumplimiento de los Acuerdos de Paz entre el Gobierno de Guatemala y la URNG.

De un total de 258 personas que conformaban el campamento, se tomó una muestra de 81 pacientes escogidos al azar.

Se recolectó la información en una ficha elaborada para ese fin y se determinó que el 55 % de los diagnosticados requerían de atención dental inmediata, siendo la necesidad odontológica más importante en el área de operatoria, específicamente de restauraciones de amalgama de plata.

Al finalizar el programa se brindó atención odontológica a más del 60% de la población, la cual era la meta establecida originalmente, además de ello, se implementó un Programa de Educación en Salud bucal para todo el campamento.

Se recomienda dar un seguimiento a los pacientes atendidos y brindar atención odontológica a las personas que por limitaciones de tiempo y materiales, no pudieron ser tratados.

INTRODUCCION

El conflicto armado interno entre la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (U.R.N.G.) y el gobierno de Guatemala es un tema de todos conocido en el país. En este momento de la historia, en el que la firma de la paz es un hecho real y concreto, la Universidad de San Carlos de Guatemala participa directamente a través de la Facultad de Odontología, con un grupo de estudiantes del último año; atendiendo las necesidades odontológicas de los ex insurgentes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca concentrados en ocho campamentos llamados de Desmovilización, durante los meses de marzo y abril de 1997.

Este proyecto fue coordinado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca URNG, Médicos sin Fronteras Francia MSF-F, Organización Panamericana de la Salud OPS, Universidad Misionera del Pobre UMP, Unión Europea UE, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos USAID, Médicos del Mundo España MDM-E, Organización Mundial de la Salud OMS, y la Universidad de San Carlos de Guatemala, USAC-FO a través de la Facultad de Odontología quien delegó a estudiantes del último año de la Carrera de Cirujano Dentista, para prestar servicios en el ejercicio profesional como tales.

El presente trabajo se realizó en el campamento Tzulché II, ubicado geográficamente en el departamento de El Quiché; en el cual estuvieron concentrados militantes del Zonal guerrillero Fernando Hoyos, el que operaba en el departamento de Huehuetenango.

Así mismo, se determinaron las diferentes necesidades odontológicas de los miembros de la URNG, y se realizaron los tratamientos odontológicos más urgentes.

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población de excombatientes de la URNG, del campamento de TULULCHÉ II, 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 de dicho campamento es la odontológica; y tomando en consideración que esta comunidad estuvo excluida aproximadamente durante 36 años de los servicios mínimos de salud pública necesarios. Se consideró de suma urgencia practicarles un examen diagnóstico para determinar las necesidades odontológicas de la población del campamento de TULULCHÉ II.

B. JUSTIFICACION

Consciente de las obligaciones que como ciudadanos guatemaltecos, y como profesionales de la Odontología, y con el firme propósito de formar parte voluntaria de la cooperación al Proceso de Paz firme y duradera, durante la fase de desmovilización, se evaluaron, diagnosticaron y atendieron las necesidades en salud bucal de la población de miembros de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) que durante muchos años permanecieron aislados en áreas geográficas poco accesibles del país, teniendo éstos poca o ninguna atención odontológica, por lo que se hacía urgente la participación, dentro del Proyecto de Diagnóstico y atención de Salud Integral a cientos de guatemaltecos excombatientes que se reincorporaban a la vida civil.

CAPITULO I

Marco Conceptual del Problema

C. ANTECEDENTES

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 Miguel 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 por el ejército en un contexto mundial de guerra fría.¹

La lucha de clases en Guatemala llega a niveles de confrontación armada a principios de la década de los 60, prolongándose con altibajos hasta la fecha. En su desencadenamiento se conjugan condicionantes histórico-sociales, en antecedente de la frustración de la democracia burguesa y su intento reformista de 1944-54, con toma de opciones políticas por los partidos y grupos de izquierda. No se puede señalar con precisión, por falta de datos, si también el proceso fue precedido por un desarrollo de la conciencia de clase de los sectores dominados o sus formas de organización, aunque parece evidente que las otras formas de lucha social no habían sido agotadas.²

Todo comenzó dentro de las filas del ejército; una insubordinación entre los mismos oficiales para derrocar al régimen de turno. Ningún guatemalteco imaginó que a partir del 13 de noviembre de 1960, se iniciaba una de las etapas más oscuras y dolorosas de la historia de Guatemala.³

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

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

¹ "Un Quetzal", Periódico Tinamit, año VI, 2ª. Epoca No. 202. Pág. 16, al 20 de febrero de 1997

² Centro de Investigación y Documentación Centroamericana. "Violencia y contraviolencia: desarrollo histórico de la violencia institucional en Guatemala", Guatemala, Editorial Universitaria, 1980, 251p. (Mario López Larrave). Vol. 6)

³ Hernández, R. y E. Godoy. "Adiós a las armas: Gobierno y URNG firman acuerdo de paz. Prensa Libre, No. 14686, pp 2-6. 30 de diciembre de 1996

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.⁴

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

Sin embargo, a las pocas semanas el MR-13 es tocado en sus cuarteles, su principal líder Alejandro de León, es ultimado por el jefe de la Policía Judicial, Ranulfo González. La venganza no se deja esperar y el 24 de enero, Yon Sosa, Turcios Lima y Trejo llevan a cabo un atentado.

Simultáneamente surgen otros intentos golpistas como el del ex ministro de la Defensa en tiempo de Jacobo Arbenz, Carlos Paz Tejada efectuado en Concuá, Baja Verapaz; y el de un hermano de Yon Sosa, sin embargo ambos fracasan en sus intentos.⁵

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.⁶

Según Cesar 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 al General Miguel Ydígoras Fuentes. El movimiento guerrillero inicia en 1963 cuando el Coronel Enrique Peralta Azurdía había derrocado a Ydígoras Fuentes, entonces se inició la lucha contra Peralta Azurdía y en esos tres años ésta creció.⁷

⁴ Centro de Investigación y Documentación Centroamericana. "Violencia y contraviolencia: desarrollo histórico de la violencia institucional en Guatemala", Guatemala, Editorial Universitaria, 1980. 251p. (Mario López Larravé. Vol. 6)

⁵ - "El Ché Guevara y Yon Sosa, grandes figuras en la guerra de guerrillas. Periódico La República. Pp. 11, 26 de febrero de 1997
- y E. Guerra. "Cesar Montes: Yon Sosa, y Turcios Lima construyendo la guerrilla". Periódico La República. 24 de febrero de 1997, pp. 10 - 11
- "Tiempo de Paz" Prensa Libre, edición especial, 30 p. Diciembre de 1996.

⁶ Centro de Investigación y documentación centroamericana. "Violencia y contraviolencia; desarrollo histórico de la violencia institucional en Guatemala". Guatemala, Editorial Universitaria. 1980. 251p. (Mario López Larravé. Vol. 6)

⁷ Montenegro Lima, G. R. Cesar Montes: la paz se pudo firmar hace 30 años. Periódico la República pp. 11, 22 de feb. de 1997

Los insurgentes formaron 6 agrupaciones en diferentes épocas:

- El Partido Guatemalteco del Trabajo -PGT- fundado en 1949
- El Movimiento Revolucionario 13 de Noviembre -MR-13-, 1961
- Fuerzas Armadas Rebeldes o -FAR- fundada en 1962 por Pablo Monsanto
- Organización del Pueblo en Armas -ORPA- fundada en 1971 por Gaspar Ilom
- Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP- fundado en 1972 por Rolando Moran
- Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG- fundada en 1980

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

⇒ **Políticos:** La guerrilla se planteó fundamentalmente como un movimiento militar de orientación socialista, políticamente representado por el PGT: se efectuó un intento de constituir un frente único, que ampliara el apoyo político a la guerrilla, llamado FUR. A partir de 1964 se presenta una facción divisionista de tendencia trotskista de la IV Internacional la cual influye en el frente guerrillero de Yon Sosa, por medio de Francisco Amado, por eso dicho comandante se separó de las FAR y continuó operando independientemente con el nombre de Movimiento Rebelde 13 de Noviembre.⁹

La contra acción de los dos períodos de auge guerrillero de 1966-67 y de 1982 se lograron: a un altísimo costo social en vidas humanas, destrucción de la población con altos grados de violaciones de los derechos humanos y errores en la conducción del movimiento armado, perdiéndose así su unidad interna.¹⁰

En 1970 la guerra empieza a tornarse más compleja y la guerrilla comienza una nueva táctica, la del secuestro político para exigir la liberación de sus miembros. En tres oportunidades la insurgencia logra buenos resultados pero su cuarto operativo en el cual pretendían secuestrar al embajador estadounidense John Gordon Mein, para intercambiarlo por el insurgente Camilo Sánchez, la cual fracasa ante la seguridad del diplomático, pero en el incidente muere Gordon Mein. Lo mismo ocurrió el 5 de abril del mismo año en esta oportunidad las FAR matan al embajador de Alemania el Conde Karl Von Spretti, ante la negativa del gobierno de Méndez Montenegro de intercambiarlo por insurgentes retenidos.¹¹

Los años que van de 1968 a 1973, señalan un mantenimiento del terror y del declive de la guerrilla. Las FAR realizaron dos intentos de retomar la iniciativa, el primero el llamado a 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 1969 las columnas guerrilleras se internaron en la selva tropical, que separa el norte de los departamentos de Alta Verapaz, El Quiché y El 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

⁸ **Catecismo del proceso de paz en Guatemala.** Proyecto de Educación Cívica, ASC, marzo - octubre, 1994. Guatemala, Fundapaz, dic. 1994. 5p.

⁹ Centro de Investigación y Documentación Centroamericana. **Violencia y contraviolencia: desarrollo histórico de la violencia institucional en Guatemala.** Guatemala, Editorial Universitaria, 1980. 251p. (Mario López Larravé. Vol. 6.)

¹⁰ **Hoy se firma la paz.** Prensa Libre. ed. Especial No. 14685, pp. 3-7, 29 de dic. de 1996.
Un quetzal. Periódico Tinamit Año VI, 2a. Época No. 202 p16., 20 al 26 de feb. de 1997.

¹¹ **Tiempo de paz.** Prensa Libre, ed. especial, 30p., dic. de 1996.

eludiendo las patrullas militares enviadas en su contra, en esa intentona murió el último militar que pertenecía a las FAR, teniente Rodolfo Chacón.¹²

En los años 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 al poder los generales: Carlos Manuel Arana Osorio, Kjell Eugenio Laugerud García, y Fernando Romeo Lucas García.¹³

En el período de la presidencia del general Kjell Eugenio Laugerud García (1974-1978) no se repitió el esquema de olas de terror aunque sí se produjeron asesinatos selectivos, como las del abogado laborista Mario López Larrave, del secretario general de PGT Humberto Alvarado, así como hechos de violencia regionales en Ixán norte del Quiché, como parte de las medidas contra las operaciones de la guerrilla del EGP y el de Chiquimula.¹⁴

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.¹⁵

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.¹⁶

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.¹⁷

En 1982 se materializa un golpe de estado y los alzados entregan el poder a un triunvirato encabezado por el general Efraín Ríos Montt, 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.

¹² Centro de Investigación y Documentación Centroamericana. Violencia y contraviolencia: desarrollo histórico de la violencia institucional en Guatemala. Guatemala, Editorial Universitaria, 1980. 251p. (Mario López Larravé. Vol. 6.)

¹³ San Ramón, H. La democracia de las armas. México, Latinoamericana, 1994. 280p

¹⁴ Centro de Investigación y Documentación Centroamericana. Violencia y contraviolencia: desarrollo histórico de la violencia institucional en Guatemala. Guatemala, Editorial Universitaria, 1980. 251p. (Mario López Larravé. Vol. 6.)
GAM y CIIDH. Quitar el agua al pez: análisis del terror en tres comunidades rurales de Guatemala (1980-1984). Guatemala, Editorial Estudiantil Fénix, 1996. 102 p. (Serie Cuadernos para la Historia.)

¹⁵ Tiempo de paz. Prensa Libre, ed. especial, 30p., dic. de 1996.

¹⁶ San Ramón, H. La democracia de las armas. México, Latinoamericana, 1994. 280p

¹⁷ Tiempo de paz. Prensa Libre, ed. especial, 30p., dic. de 1996.

¹⁷ GAM y CIIDH. Quitar el agua al pez: análisis del terror en tres comunidades rurales de Guatemala (1980-1984). Guatemala, Editorial Estudiantil Fénix, 1996. 102 p. (Serie Cuadernos para la Historia.)

En 1983 Enfrían Ríos Montt 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 al nivel de la población como en el ámbito 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 el Lic. Marco Vinicio Cerezo Arévalo, siendo el primer presidente electo de forma transparente comenzando a negociarse con la insurgencia poniendo como condición que depusieran las armas, llevándose a cabo la primera reunión en El Escorial bajo la observancia del gobierno de España, y el embajador guatemalteco Danilo Barillas.

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

La mediación de la Comisión Nacional de Reconciliación -CNR- precedida por Monseñor Rodolfo Quezada Toruño y asesorada por los ciudadanos notables Teresa Bolaños de Zarco y Mario Permuth logra la firma del acuerdo para la búsqueda de la Paz, por medios políticos.¹⁸

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.*

¹⁸ Gacia, L. J. M. y R. Quezada Toruño. Los derechos humanos y el proceso de paz en Guatemala. Guatemala, Serviprensa. 1996. 52 p.

Tiempo de paz. Prensa Libre, ed. especial, 30p., dic. de 1996

- 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.*

La Comisión Nacional de Reconciliación -CNR- está 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. *Metepéc 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 Jorge Serrano Elías presenta su plan de Paz Total a la ONU, en enero de 1991.*
- 4.2. *Gobierno y URNG acuerdan la agenda y el procedimiento para desarrollar la negociación, abril de 1991*
- 4.3. *URNG y Gobierno firman el Acuerdo Marco para la Búsqueda de una Paz Total por medios políticos, ACUERDO DE QUERETARO, junio de 1991.*
- 4.4. *URNG propone el documento: Una Paz Justa y Democrática, Contenido de la Negociación, mayo de 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 de 1992.*

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

- 5.1. *Acuerdo Marco para la reanudación del proceso de negociación entre el Gobierno y la URNG, México, enero de 1994.*
- 5.2. *Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, México, marzo de 1994.*
- 5.3. *Acuerdo de calendarización de las negociaciones para una paz firme y duradera en Guatemala, México, marzo de 1994.*
- 5.4. *Acuerdo sobre el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, Oslo, junio de 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 de 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, aparatos clandestinos y regulación de la portación de armas.*
- *Garantías para las libertades de asociación y movimiento.*
- *Conscripción militar.*
- *Garantías y protección a las personas y entidades que trabajan en la protección de los derechos humanos.*
- *Resarcimiento y/o asistencia a las víctimas de violencia de los derechos humanos.*
- *Verificación de la ONU (MINUGUA).*

2. *El Acuerdo de Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado comprende:*

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

3. *El acuerdo sobre la Comisión para el Esclarecimiento Histórico de las Violaciones a los Derechos Humanos y los Hechos de Violencia que ha Causado Sufrimiento a la Población comprende:*
- Finalidades.
 - Integración.
 - Compromiso de las partes.
 - Medidas de ejecución inmediata después de la firma del presente acuerdo.
 - Período.
 - Funcionamiento Instalación y duración.
 - Informe.
 - Verificación internacional.
4. *El Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas comprenden:*
- Identidad de los pueblos indígenas.
 - Lucha contra la discriminación
 - ⊃ Lucha contra la discriminación legal y de hecho.
 - ⊃ Derecho de la mujer indígena.
 - ⊃ Instrumentos internacionales.
 - Derechos culturales:
 - ⊃ Idioma.
 - ⊃ Nombres, apellidos y toponimia.
 - ⊃ Espiritualidad.
 - ⊃ Templos, centros ceremoniales y lugares sagrados.
 - ⊃ Uso del traje.
 - ⊃ Ciencia y tecnología.
 - ⊃ Reforma educativa.
 - ⊃ Medios de comunicación masiva.
 - Derechos civiles políticos, sociales y económicos:
 - ⊃ Marco constitucional.
 - ⊃ Comunidades y autoridades indígenas locales.
 - ⊃ Regionalización.
 - ⊃ Participación a todos los niveles.
 - ⊃ Derecho consuetudinario.
 - ⊃ Derecho relativos a tierras de los pueblos indígenas.
 - ⊃ Comisiones paritarias
 - ⊃ Recursos
 - ⊃ Disposiciones finales.

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

- *Democratización y desarrollo participativo.*
 - ⊕ *Participación y concertación social.*
 - ⊕ *Participación de la mujer en el desarrollo económico y social.*

- *Desarrollo social:*
 - ⊕ *Educación y capacitación.*
 - ⊕ *Salud*
 - ⊕ *Seguridad social.*
 - ⊕ *Vivienda.*
 - ⊕ *Trabajo*

- *Situación agraria y desarrollo rural:*
 - ⊕ *Participación*
 - ⊕ *Acceso a tierra y recursos productivos.*
 - ⊕ *Estructura de apoyo.*
 - ⊕ *Organización productiva de la población rural.*
 - ⊕ *Marco legal y seguridad jurídica.*
 - ⊕ *Registro de la propiedad inmueble y catastro.*
 - ⊕ *Protección laboral.*
 - ⊕ *Protección ambiental.*
 - ⊕ *Recursos*

- *Modernización de la gestión pública y política fiscal:*
 - ⊕ *Modernización de la administración pública.*
 - ⊕ *Política fiscal.*

6. *Acuerdo sobre Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejército en una Sociedad Democrática:*

- *El estado y su forma de gobierno.*
- *El organismo legislativo.*
- *Sistema de justicia.*
- *Organismo ejecutivo:*
 - ⊕ *Agenda de seguridad.*
 - ⊕ *Seguridad pública.*
 - ⊕ *Ejército*
 - ⊕ *Presidencia de la república.*
 - ⊕ *Información e inteligencia.*
 - ⊕ *Profesionalización del servidor público.*

- ⊕ Participación social.
- ⊕ Participación de la mujer en el fortalecimiento del poder civil.
- ⊕ Aspectos operativos derivados de la finalización del enfrentamiento armado.¹⁹

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.²⁰

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 planificó dentro de 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 períodos: del día "D+43" al día "D+48"; del día "D+49 al día "D+54"; del día "D+55" al día "D+60" (Acuerdo Sobre el Definitivo Cese al Fuego, art. 28). Como resultado de la negociación fue fijado específicamente el día 3 de marzo de 1997 como "Día D", con lo que la fase de desmovilización había de concluir el 3 de Mayo de 1997.²¹

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 las afueras del Palacio Nacional.²²

¹⁹ Acuerdos de Paz. Guatemala, Universidad de San Carlos, DIGI, 1996. 49p
Acuerdos entre el Gobierno de Guatemala y las comisiones permanentes. Suscritos el 8 de octubre 1992. Guatemala, Editorial Corei, diciembre 1995. pp.1-3.

²⁰ Acuerdos de Paz. Guatemala, Universidad de San Carlos, DIGI, 1996. 49p

²¹ 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)

²² Hernández, R. y E. Godoy. Adiós a las armas: Gobierno y URNG firman acuerdo de paz. Prensa Libre, No. 14686, pp. 2-6. 30 de dic. de 1996.

Ingle, J. I. Endodonia. 3a. ed. México, Nueva Editorial Interamericana, 1991. pp. 530,531.

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

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

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

La Comisión de Salud estaba integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-, la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-FO-, Unión Europea -UE-, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos -USAID-, Médicos sin Fronteras Francia -MSF-F-, Médicos del Mundo España -MDM-E-, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud -OPS/OMS-, que juntos conformaban : La Comisión Multisectorial para Prestación de Servicios de Salud Integral en la Fase de Desmovilización e Incorporación de la URNG a la vida Ciudadana.²³

Los Odontólogos Practicantes solicitados a la Facultad de Odontología debían de llenar ciertos requisitos como el ser voluntarios, disponer de 60 días en los cuales se programaron actividades hasta los días 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.²⁴

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: 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. 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

²³ 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)

²⁴ **Haz bien y no mires a quien.** (Odontología Gráfica año 17, número 202. 1 de marzo de 1997, p. 1.

Los Odontólogos Practicantes que optaron por ésta son:

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

- b) Que realicen un trabajo de investigación en el campamento asignado, elaborado de acuerdo con los lineamientos de la Comisión de Tesis de esta Facultad, quien tendrá a su cargo la asesoría y aprobación de dicho trabajo, el cual se constituirá en la tesis de graduación.²⁵

Los Odontólogos Practicantes que optaron por ésta opción son:

- ⇒ O.P Mildred Tatiana Herrera España
- ⇒ O.P Arturo Eduardo Castillo Palma
- ⇒ O.P Sandra Lucrecia Aguilar Meléndez
- ⇒ O.P Vanessa Karla Paola Noguera Morales
- ⇒ O.P Lidia Waleska Tejaxún Campos
- ⇒ O.P Delita Tonti
- ⇒ O.P Neyda Yesenia Zuleta Bonilla
- ⇒ O.P Byron Olivar
- ⇒ O.P Juan Ignacio Asencio
- ⇒ O.P Julio Anleu
- ⇒ O.P Léster Molina
- ⇒ O.P José Juárez
- ⇒ O.P Rudy Ramírez
- ⇒ O.P Sara Sandoval
- ⇒ O.P Cesar Roulet
- ⇒ O.P Claudia Barrientos
- ⇒ O.P Rudy Ixcaraguá
- ⇒ O.P José Carranza
- ⇒ O.P Demetrio López
- ⇒ O.P David Batres
- ⇒ O.P Mario Medina
- ⇒ O.P Fredy Hernández
- ⇒ O.P Patricia Campbell
- ⇒ O.P Mario de León
- ⇒ O.P Leonel Simai
- ⇒ O.P Juan Sebastián Rodríguez

²⁵ Katz, S. Odontología preventiva en acción. México, Editorial Médica Panamericana, 1975. p. 30 - 40.

- ⇒ O.P. Mario Illescas
- ⇒ O.P. Wagner Monterroso
- ⇒ O.P. Carlos Mogollón
- ⇒ O.P. Luis Carlos Herrera

Previo a la Fase de Desmovilización fue necesario realizar un taller para dar a conocer e informar sobre la homogeneización 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.
4. Orientar sobre los programas de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental, de atención médica, salud bucal y salud mental.
- 5.
6. Orientar sobre los talleres de Salud Mental.
- 7.
8. Acercamiento inicial entre las partes.²⁶

Durante la fase de desmovilización se tuvo contemplada la atención integral de salud a los combatientes y milítantes 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.

²⁶ 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)

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. 27

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.

²⁷ Taller de Homogenización de criterios para la atención de salud integral en la fase de desmovilización. URNG. feb.. 1997.

4. Médicos del Mundo España -MDM-E-:

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

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

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

6. Universidad Misionera del Pobre -UMP-:

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

7. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud -OPS/OMS-:

- ⊗ Dirección técnica de las diferentes etapas del proceso.
- ⊗ Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
- ⊗ Asesorar al equipo coordinador y a la Comisión de Salud Local.
- ⊗ Administrar los recursos financieros de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos -USAID- para el fortalecimiento de la red de servicios de referencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- 28

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: FRR, Regional Norte, Capitán Hernández,
- Frente Lucio Ramírez y Frente Panzós
- Heroico.

²⁸ 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)

- *Número de Combatientes:* 656
 † 90 niños
 † 95 mujeres
 † 471 hombres

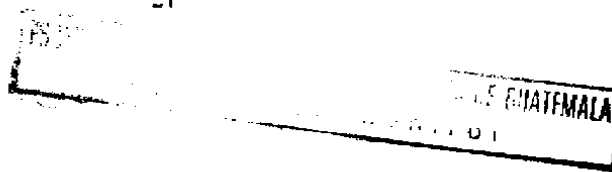
- *Características:*

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

En el campamento existen 5 compañías cada una con un Capitán las cuales son dirigidas por el Comandante del campamento. Fuera del campamento a 2 Km. se encontraba el Campamento de MINUGUA.²⁹

²⁹ 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)

----- Informe de reconocimiento de puntos de concentración. Febrero, 1997. 11p.



2. CAMPAMENTO MAYALÁND IXCÁN EL QUICHÉ:

- › *Ubicación del lugar:*
 - a) *Aproximadamente 2.5 Km. de la población de Mayalánd.*
 - b) *Coordenadas: 15° 56'361''N-91° 04'061''W*
Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP-.
- › *Grupo Guerrillero:*
- › *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 fue 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 al 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.³⁰*

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-

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)

— Informe de reconocimiento de puntos de concentración. Febrero. 1997. 11p.

- › *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 duroport³¹

4. 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 mts., posee un área aproximadamente de 300x300 mts.
- › *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. 32

³¹ 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)

— Informe de reconocimiento de puntos de concentración. Febrero, 1997. 11p.

³² 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)

5. *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 Martín Sacatepéquez a 10 Km.*
 - ⊕ *San Juan Ostuncalco a 16 Km.*
 - ⊕ *QUETZALTENANGO a 32 Km.*
 - ⊕ *Coatepeque a 30 Km. 33*

6. *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.*

-----Informe de reconocimiento de puntos de concentración. Febrero. 1997. 11p.

³³ 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)

-----Informe de reconocimiento de puntos de concentración. Febrero. 1997. 11p.

- *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.*

7. *CAMPAMENTO TULULCHÉ I Y II, QUICHÉ:*

TULULCHÉ I y II

- *Ubicación del lugar:*
 - a) *Municipio del Quiché*
 - b) *Coordenadas: 15°02'21" N-91°01'40"*
- *Grupo Guerrillero:* *Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP-*
- *Número de excombatientes:*
 - Tululché I: 267*
 - † *185 hombres*
 - † *52 mujeres*
 - † *30 niños*
- *Número de excombatientes:*
 - Tululché II: 258*
 - † *211 hombres*
 - † *36 mujeres*
 - † *11 niños*
- *Zonal Guerrillero:* *Fernando Hoyos -FH-*
- *Procedencia:* *Huehuetenango*
- *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 y lluvias frecuentes.*
- *Vías de Acceso:*
 - 📍 *Solamente una vía de entrada. Es un camino de terracería de unos 1800 m que llega al campamento desde la carretera de Santa Cruz El 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 duroport. 34
- ⊕ Poblaciones cercanas: Chinique de las Flores, Zacualpa

› Ríos:

Por la finca de Tulumché II, atraviesa el río de Tulumché, que es poco caudaloso.

› Energía eléctrica:

No hay tomas eléctricas en las cercanías del punto, por lo que se utilizaron plantas eléctricas.

› Características de la guerrilla a concentrarse:

- ⊕ El 96% de la guerrilla no habla castellano
- ⊕ El 95% son analfabetas

› Idioma:

Mam, Quiché, Jacalteco

› Alimentación:

Esencialmente frijol, maíz, arroz, café y chile.

› Descripción interna de la URNG:

El campamento contaba con cuatro compañías cada una con un jefe; cada compañía constaba de un pelotón y cada pelotón a su vez con un primero y segundo jefe y un enlace, además cada pelotón tenía tres escuadras de 10 personas cada una, quienes eran dirigidos a su vez por el comandante general del campamento. Dentro del campamento de Tulumché II se encontraba el Campamento de MINUGUA.

› Descripción del Equipo de Salud Interno (E.S.I.):

Lo formaban:

- ⊕ 2 Médicos de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca URNG
- ⊕ 4 promotores de salud también miembros de la URNG,
- ⊕ 4 Odontólogos practicantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala - USAC

› Descripción del Módulo Médico Odontológico:

- ⊕ Las instalaciones las conformaban:
- ⊕ 1 Clínica dental

³⁴ 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)

— Informe de reconocimiento de puntos de concentración. Febrero, 1997. 11p.

- ⊕ 2 Clínicas médicas
- ⊕ 1 Farmacia
- ⊕ 1 Bodega de medicamentos

➤ *Tipo de edificación*

Área de construcción: 30 mts. de largo y 4 mts. de ancho, construido sobre las ruinas de una iglesia

- ⊕ *Techo de lámina*
- ⊕ *Piso de cemento*
- ⊕ *Puertas y ventanas de madera*
- ⊕ *Paredes de adobe*

➤ *Descripción de la Clínica Dental y Equipo Odontológico:*

Área de construcción: 8 mts de largo x 4 mts de ancho

- ⊕ *3 sillones dentales proporcionados por la Facultad de Odontología*
 - ⊕ *4 lámparas de escritorio*
 - ⊕ *4 unidades dentales*
 - ⊕ *Instrumental para las áreas de operatoria, periodoncia, exodoncia*
 - ⊕ *4 piezas de mano para alta velocidad*
 - ⊕ *4 micromotores con sus respectivos contrángulos*
- El equipo antes mencionado fue proporcionado por los Odontólogos practicantes*

- ⊕ *2 compresores*
 - ⊕ *1 estantería de metal*
 - ⊕ *1 celda solar*
 - ⊕ *1 Planta de energía eléctrica de gasolina*
- Este equipo fue donado por Médicos del Mundo España MDM-E*

- ⊕ *Material para uso dental como: anestesia, agujas, amalgama, cementos, fresas, etc. Fue proporcionado por la Universidad Misionera de los Pobres*

CAPITULO II

Marco Teórico

2.1. ASPECTOS BIOLÓGICOS Y DISCIPLINAS DE LA ODONTOLOGÍA QUE ABARCA LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

2.1.1. 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*³⁵

*La enfermedad periodontal, incluye todas las enfermedades del periodonto existiendo diferentes tipos, considerando los cambios patológicos como inflamatorios, degenerativos o neoplásicos*³⁶

2.1.2. PERIODONTITIS: *Enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte, caracterizada por reabsorción de la cresta interdientaria y bolsas periodontales.*³⁷ *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:*

2.1.2.1. *Periodontitis marginal es causada por la placa bacteriana y sus signos son la destrucción de los tejidos periodontales, inflamación formación de bolsas y pérdida ósea.*

2.1.2.2. *Periodontitis juvenil, que constituye un grupo especial de lesiones avanzadas en adolescentes y adultos jóvenes. La cual se divide en generalizada vinculada con enfermedades sistémicas y localizada que se caracteriza por lesiones angulares profundas en primeros molares e incisivos en adolescentes saludables.*

2.1.2.3. *Periodontitis ulcerosa necrosante, por lo general es una secuela destructiva avanzada de la gingivitis ulcero necrosante aguda.*³⁸

³⁵ Durante Avellanal, C. Diccionario Odontológico. Buenos Aires. Mundi. 1964. 1990 p.

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

³⁶ Carranza, F. A. Periodontología clínica. 7a. ed. México. Interamericana Mc. Graw-Hill. 1990. 1067 p

³⁷ Fagianni Torres, M. Periodoncia: Unidades de aprendizaje independiente. Guatemala, Ediciones Superación, 1991. pp. 93-96.

³⁸ Carranza, F. A. Periodontología clínica. 7a. ed. México, Interamericana Mc. Graw-Hill. 1990. 1067 p.

2.1.3. 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.*³⁹

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

Etapa I: *Clinicamente, 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.*

Etapa II: *Conforme pasa el tiempo, aparecen signos clínicos de eritema, también puede presentarse hemorragia durante el sondeo.*

Etapa III: *En esta los vasos sanguíneos se obstruyen y congestionan, el resultado es anoxemia gingival localizada, la cual superpone un matiz azuloso en la encía enrojecida.*

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

Entre otros tipos de enfermedad gingival están:

- ✓ *Gingivitis ulcerosa necrosante aguda*
- ✓ *Gingivoestomatitis herpética aguda*
- ✓ *Gingivitis alérgica*
- ✓ *Muchas dermatosis inducen tipos característicos de enfermedad gingival*
- ✓ *Gingivitis condicionada por factores sistémicos*
- ✓ *La reacción gingival a una variedad de agentes patológicos produciendo agrandamiento*
- ✓ *En la encía pueden aparecer distintos tumores benignos y malignos*⁴⁰

³⁹ Carranza, F. A. Periodontología clínica. 7a. ed. México, Interamericana MC. Graw-Hill, 1990. 1067 p.

⁴⁰ Carranza, F. A. Periodontología clínica. 7a. ed. México, Interamericana MC Graw-Hill, 1990. 1067 p.

2.1.4. OPERATORIA DENTAL: *Parte de la odontología que estudia todos los procedimientos manuales destinados a evitar y curar la enfermedad de los dientes (caries dental) reparando la destrucción causada por la misma. El término operatoria dental comprende la profilaxis de la caries, obturación y restauración de las piezas dentales afectadas.*⁴¹

2.1.5. CARIES DENTAL: *Es una degeneración progresiva y localizada de los dientes, que se inicia por desmineralización superficial de los tejidos duros debido a los ácidos orgánicos, como el ácido láctico elaborado por los microorganismos de la placa bacteriana entre los que están: micoplasma, levaduras, protozoarios, virus en diferentes proporciones, estreptococos mutans, colonias cocos, sanguis, especies de lactobacillus, actinomyces viscosus, estreptococos salivarius, actinomyces naeslundii, bacteroides y espiroquetas*⁴²

2.1.6. PROTESIS TOTAL: *Rama de la prótesis dental que reemplaza la pérdida total de los dientes naturales en ambas arcadas o solamente en una.*⁴³
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.*⁴⁴

2.1.7. 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 través de la utilización de piezas y tejidos presentes, mediante la planeación, diseño y construcción de prótesis que serán removidas por el paciente, contribuyendo de esta manera al confort y estética del paciente, siendo sus indicaciones: la longitud del espacio edéntulo que contraindique el uso de prótesis fija, ausencia de dientes posterior al espacio edéntulo, soporte periodontal disminuido en los dientes remanentes, necesidad de estabilización del arco cruzado para contrarrestar las fuerzas laterales y antero posteriores, pérdida excesiva del hueso del reborde residual usando una base de dentadura con una parcial removible para devolver la parte perdida del reborde residual, de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción.*⁴⁵

⁴¹ Baum, L., R.W. Phillips y M. R. Lund. Tratado de operatoria dental. Traducido por I. Lehenhoff Spengler. 2a. ed., México, Nueva Editorial Interamericana, 1988. 620p

Ramírez C., G. A. Apuntes de técnica operatoria. Guatemala, Universidad de San Carlos de Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria, 1989. 314p.

⁴² Durante Avellanal, C. Diccionario Odontológico. Buenos Aires, Mundi, 1964. 1990 p.

Seltzer, S. y I. B. Bender. Pulpa dental. México, El Manual Moderno, 1987. 370p

⁴³ Durante Avellanal, C. Diccionario Odontológico. Buenos Aires, Mundi, 1964. 1990 p.

Saizar, P. Prostodoncia total. Argentina, Mundi, 1972. 477p.

⁴⁴ Saizar, P. Prostodoncia total. Argentina, Mundi, 1972. 477p

⁴⁵ Kromochvil, F. J. Prótesis parcial removible. México, Interamericana Mc Graw - Hill, 1989. pp. 70 - 86. 90 - 98.

- 2.1.8. **PROTESIS FIJA:** *Es la prótesis que reemplaza los dientes en una arcada parcialmente desdentada, la cual puede constar de una, dos o más piezas, con una unión rígida, intermedia, o una sola pieza, la cual no puede ser retirada de la boca. Este tratamiento está indicado, cuando las piezas periodontalmente están sanas, si los retenedores están bien diseñados y si el espacio edentulo es corto y recto.* ⁴⁶
- 2.1.9. **EXTRACCION DENTARIA:** *Es sacar un diente o muela de su posición o alveolo.*⁴⁷ *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.* ⁴⁸
- 2.1.10. **PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL:** *El proceso de prevención comprende todos los esfuerzos para oponer barreras a los progresos de la enfermedad en cada uno y todos sus períodos. Los períodos de prevención se subdividen en niveles, de acuerdo con los mecanismos implicados, éstos niveles son:*

Primer Nivel:

- *Promoción de Salud:* *Es inespecífico, es decir, no está dirigido hacia la prevención de la enfermedad. Comprende todas las medidas encaminadas a mejorar la salud general del individuo. Ej. Limpieza periódica de los dientes, Nutrición óptima, ambiente agradable, vivienda saludable, condiciones adecuadas de trabajo, entretenimientos, descanso (período de vacaciones), etc. Es crear condiciones favorables para que el aparato estomatognático se mantenga en estado de salud.*

Steffel, V I. y D. Henderson. Prótesis parcial removible según McCracken. Traducido por M H Falkenberg. Buenos Aires. Munch. 4^{ta} p

Stewart, K. L., K. D. Rudd y W. A. Kuehler Prostodoncia parcial removible. Caracas. Venezuela. Actualidades Médico Odontológico Latinoamericano, 1992. pp. 1 - 20, 97 - 100, 117.

⁴⁶ Bowley, J. F., J. W. Stockstill y R. Atanasio. Análisis de decisiones clínicas en prostodoncia fija en: Bowley, J. F. y J. W. Stockstill. Directores huéspedes. Prostodoncia fija integral. México. Interamericana Mc Graw-Hill. 1992. pp. 565, 569, 591-594. (Clínicas Odontológicas de Norte América. Vol. 36. No. 3.)

⁴⁷ Durante Avellanal, C. Diccionario Odontológico. Buenos Aires, Mundi, 1964. 1990 p.

⁴⁸ Durante Avellanal, C. Diccionario Odontológico. Buenos Aires, Mundi, 1964. 1990 p.
Valdeavellano Pinot, R. Manual de Exodoncia. Universidad de San Carlos. Facultad de Odontología. Área Médico Quirúrgica. Unidad de Cirugía. 60pp

Segundo Nivel:

- *Protección Específica:* Consiste en una serie de medidas para la prevención de la aparición, o recurrencia de una enfermedad en particular. Ej.: control de placa bacteriana para prevención de caries y enfermedad periodontal, mediante la eliminación de microorganismos en los dientes, por medio de una buena técnica de cepillado, uso de seda dental, vacunas, fluoruración del agua de consumo y aplicación tópica de flúor, etc. Para la prevención de caries en este nivel se recomienda la utilización de selladores en áreas susceptibles de desarrollar caries, en especial cavidades y fisuras cuando esté indicado. También se recomienda la utilización de dentífricos que contengan fluoruro para dar a la superficie del esmalte resistencia contra la caries.

Tercer Nivel:

- *Diagnóstico y Tratamiento Precoces:* Comprende la prevención secundaria. Comprende todas las medidas destinadas a poner en evidencia a la enfermedad, y tratarla, en las primeras etapas del período clínico. A este nivel son de gran utilidad las radiografías dentales de mordida o interproximales. Las afecciones se hallan en estado inicial, la mayoría de ellas podría y debería ser tratada por el clínico general. Las periodontopatías pueden ser tratadas por métodos relativamente simples que en conjunto, constituyen lo que podríamos llamar tratamiento periodontal menor y que incluye: a) raspado gingival y subgingival, b) desgaste selectivo (balance oclusal), c) corrección de posibles factores generales predisponentes. Para el tratamiento de caries incipiente se recomienda la utilización de restauraciones conservadoras de amalgama, eliminación de lesiones tempranas en esmalte, con fresas pequeñas algunas veces si la lesión lo permite, colocación posterior de sellantes, como medio de restauración conservadora.

Cuarto Nivel:

- *Limitación de la Incapacidad:* Este nivel incluye medidas que tienen como fin limitar el grado de incapacidad producido por la enfermedad, por ejemplo las protecciones pulpares así como otros procedimientos endodónticos, extracción de dientes infectados, etc. puesto que dichos procedimientos mejoran efectivamente la capacidad del individuo para usar el remanente de su aparato masticatorio. La enfermedad periodontal se encuentra en fase más avanzada, ha producido destrucciones de consideración. El tratamiento tiene que ser necesariamente aplicado por el especialista. Los métodos constituyen el tratamiento periodontal mayor: gingivectomía, osteotomía, osteoplastia, gingivoplastia, aparatos de contención (férulas).

Quinto Nivel:

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

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

Los métodos para educar a los pacientes se dividen en dos categorías:

1ª. *Categoría:* Es el enfoque directo, lo que significa contacto directo entre el odontólogo (o el personal auxiliar del consultorio) y el paciente.

2ª. *Categoría:* La segunda es un enfoque indirecto, aprendizaje y motivación por el uso de equipo electrónico moderno, folletos y fotografía dental.

El ser humano es un armonioso ente morfológico, fisiológico y psíquico y no un conjunto de estos componentes por separado. Por lo que la aplicación de la prevención se refiere principalmente al individuo como un ente total, y sólo en segundo término a la enfermedad o al órgano u órganos afectados.

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

Los componentes de la fisiología preventiva son:

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

Pasos para realizar un buen diagnóstico:

- ⊗ *Introducción del paciente a los principios, objetivos y responsabilidades de la odontología preventiva.*
- ⊗ *Diagnóstico clínico, radiográfico y etiológico.*
- ⊗ *Plan de tratamiento*
- ⊗ *Presentación al paciente del diagnóstico y plan de tratamiento.*
- ⊗ *Educación e instrucción del paciente.*
- ⊗ *Tratamiento restaurativo y preventivo*
- ⊗ *Control posterior del paciente.*

2.1.11. Periodoncia:

⇒ *Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal:*

Es un método internacional simple y rápido para evaluar las necesidades de tratamiento periodontal de una población. Se puede hacer el registro de los códigos ICNTIP en apenas 1-3 minutos, con lo cual el método es práctico para:

- a) *La determinación preliminar de la necesidad de tratamiento periodontal durante la descripción inicial del estado de salud bucal de un paciente nuevo.*
- b) *Después del tratamiento periodontal vuelve a ser útil para vigilar el mantenimiento de la salud bucal.*

La necesidad de tratamiento periodontal se calcula tomando en cuenta sólo los datos mayores de cada sextante como una unidad básica de examen por lo que se otorgará un registro por sextante. Para que el sextante participe en el registro debe contener por lo menos dos dientes funcionales, si existe sólo un diente remanente, los datos de éste se incluirán en el registro del sextante adyacente.

En el caso de que exista pérdida generalizada de la inserción dentaria el registro por sextantes debe ser establecido después del examen de los primeros y segundos molares en el sector posterior y en un central en el sector anterior. En esta selección de diez dientes índices, es la recomendable para las encuestas epidemiológicas:

OMS	1993	ICNTIP
-----	------	--------

Alternativa I Epidemiológica

1.7,	1.6,	1.1	2.6,	2.7
4.7,	4.6,	3.1	3.6,	3.7

Debe considerarse que en personas jóvenes esta alternativa de registro puede subestimar los resultados obtenidos sobre las necesidades de tratamiento periodontal, dicho efecto ha creado la necesidad de una segunda alternativa. En países occidentales industrializados puede observarse en pacientes adultos una destrucción periodontal avanzada en uno o pocos puntos. Para asegurarse que todos los sujetos con necesidades de tratamiento de la periodontitis avanzada sean identificados. Se recomienda el examen de todos los dientes de cada sextante:

Alternativa II tratamiento

1.7, 1.4	1.3, 2.3	2.4, 2.7
4.7, 4.4,	4.3, 3.3	3.4, 3.7

Es bastante común encontrar en jóvenes de menos de 20 años de los países industrializados, una pérdida de inserción en torno de otros dientes cuando no están afectados los primeros molares, o los incisivos, o todos ellos. Para determinar la necesidad de tratamiento periodontal en esos niños y adolescentes, se recomienda restringir el examen a los seis dientes índices, los segundos molares incluidos en la alternativa epidemiológica quedan descartados por su tendencia a dar falsos positivos en cuanto a bolsas profundas durante la etapa eruptiva.

También pueden observarse bolsas falsas en adultos, por ejemplo: Entre cara distal de la segunda molar y una almohadilla retromolar hiperplásica.

OMS

1983

ICNTP

Alternativa II Jóvenes

1.6	1.1	2.6
4.6	3.1	3.6

La OMS para simplificar el examen ICNTP creó una sonda periodontal especial, esta sonda tiene una punta esférica de 0.5 mm. De diámetro. Este índice incluye la presencia o ausencia de hemorragia gingival al sondeo suave; la presencia o ausencia de cálculos supragingivales o subgingivales, y la presencia o ausencia de bolsas periodontales, subdivididas en poco profundas y profundas. Una sonda periodontal especial con un extremo esférico de 0.5 mm de diámetro y graduaciones que corresponden a bolsas poco profundas y profundas se desarrolló para sondear la hemorragia y cálculos y determinar la profundidad de la bolsa. En exámenes epidemiológicos, diez dientes indicadores se examinan, pero sólo se anota el peor diente por sextante. Cada segmento o sextante de dientes se clasifica de acuerdo con uno de los tratamientos necesarios.

ESTADO PERIODONTAL**NECESIDADES DE TRATAMIENTO**

- 0 Periodonto sano
- 1 Se observa hemorragia directamente o con un espejo bucal después de la palpación.
- 2 Se sienten cálculos durante el sondeo pero el área negra (parte de la sonda entre 3.5 y 5.5 mm) total de la sonda es visible.
- 3 Bolsas de 4-5 mm (el margen gingival se sitúa en el área negra de la sonda)

- 0 No necesita tratamiento
- 1 La higiene bucal necesita mejorarse
- 2 El 1 + raspado profesional
- 3 El 1 + raspado profesional

4 Bolsas mayores de 6 mm (el área negra de la sonda no es visible).

4 El 1 + 2 + tratamiento complejo
Puede requerir raspado, alisado radicular bajo anestesia local, con o sin exposición quirúrgica para el acceso.

La cual tiene por objeto:

- ❖ Facilitar el hallazgo del cálculo
- ❖ Reducir el riesgo de exagerar la medida de la profundidad de la bolsa
- ❖ La fuerza ejercida al sondear no debe excederse de 20-25 gr. La porción codificada por color se extiende desde los 3.5 a 5.5 mm.

La presencia o ausencia de los indicadores de la enfermedad periodontal se determinaron en la siguiente secuencia y número de código:

CÓDIGO X	Menos de 2 dientes de función en el sextante
CÓDIGO 4	Bolsas de profundidad de 6 mm o más
CÓDIGO 3	Bolsas de profundidad de 4 ó 5 mm
CÓDIGO 2	Cálculos supra o subgingivales o márgenes defectuosos de una obturación o corona y bolsas no más profundas de 3 mm
CÓDIGO 1	Sangrado tras un sondaje correcto
CÓDIGO 0	Tejidos sanos

Las necesidades de tratamiento se determinaron según el código registrado:

CÓDIGO 0	Ninguna
CÓDIGO 1	Instrucción en higiene bucal (control de placa bacteriana)
CÓDIGO 2 y 3	Raspado y alisado radicular, incluye la eliminación de los desajustes marginales de obturaciones y coronas.
CÓDIGO 4	Requiere de tratamiento periodontal completo, además de raspado, alisado radicular, control de placa bacteriana, puede incluir cirugía periodontal, curetaje subgingival y raspado profundo

En epidemiología oral, el grupo de edad clave es el de 33-44 años porque se ha reportado que en la mayoría de las poblaciones, los signos de todas las enfermedades orales y sobre todo de los diferentes estados de la enfermedad periodontal pueden ser mejor estudiados en este grupo de edad. Las metas de la OMS y de la FDI para los tres primeros grupos de edad que dice:

El 90% de la población de 18 años de edad tendrá una salud gingival aceptable en la medida en que cada persona tenga sanos por lo menos tres segmentos (ICNTIP=0)

El 75% de la población de 35-44 años de edad tendrá una salud gingival aceptable en la medida en que cada persona tenga sanos por lo menos tres segmentos (ICNTIP=0)

No mas del 10% de las personas de 65 años o más tendrá uno o más segmentos con bolsas profundas (ICNTIP=4)

CAPITULO III

Marco Metodológico

3.1. OBJETIVOS

3.1. GENERALES:

- *Diagnosticar el estado de salud bucal de los 81 excombatientes de Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, en la fase de desmovilización del campamento de Tzulché II., que fue la muestra para la realización del presente trabajo.*
- *Implementar acciones de promoción, prevención y tratamientos dirigidos a controlar el proceso de las enfermedades bucales más comunes de los excombatientes.*

3.2. ESPECIFICOS:

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

3.2. VARIABLES

3.2.1. Definición de Variables:

1. SEXO: *Condición psicobiológico 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.*⁴⁹

3.2.2. 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 refiera en años cumplidos hasta la fecha actual.*
3. DIAGNOSTICO: *Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico será anotada aquí, basado en la inspección, palpación y sondeo periodontal, determinando así la presencia de caries dental, enfermedad periodontal, exodoncia y presencia de espacios edéntulos determinando así la restauración o el tipo de prótesis a usar (prótesis fija, prótesis total y prótesis removible), clasificando a los pacientes según severidad de dolor dental e inflamación gingival, en rojo, amarillo, verde y blanco.*
4. ETNIA: *Se clasificó a los pacientes como: indígenas y ladinos, de acuerdo al grupo racial que pertenezcan.*

⁴⁹ De Toro y M. Gisbert. Diccionario Larousse Ilustrado. Buenos Aires, Larousse, 1996. 2670p

3.3. INSTRUMENTOS

3.3.1. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizó una ficha clínica diseñada especialmente para este fin, por la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, conteniendo cada una de las variables en estudio:

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 registró los problemas dentales que el paciente ha sufrido, si ha tenido visitas previas al dentista y tratamiento obtenido.*

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

Un odontograma sirvió de base para anotar gráficamente los hallazgos clínicos encontrados en el proceso del examen bucal, señalando la localización específica de los mismos, indicando el número de pieza a examinar.

Incluye un plan de tratamiento en donde se hizo un listado de los mismos requeridos por el paciente en el campo odontológico en el orden de prioridad establecido por la URNG.

Parámetros para la realización del diagnóstico:

1. *Periodoncia: Utilización del Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal I.C.N.T.P.*

Se realizó un examen bucal, a todos los pacientes que conformaron la muestra, en el cual por medio de la inspección clínica se obtuvieron los aspectos como: presencia de cálculos, exudado hemorrágico, ausencia de piezas dentales, presencia de placa bacteriana, otras características, las cuales fueron registradas en la ficha de recolección de datos.

Posteriormente, se procedió a realizar el sondeo, de las piezas que incluye el I.C.N.T.P. con la sonda periodontal.

Para la presente encuesta epidemiológica se examinaron 12 piezas:

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

Para determinar el número de sextantes que constituyeron el total de la muestra se multiplicó el número de pacientes (81) por el número de segmentos en que se dividieron las arcadas dentales del paciente (6).

Cada sextante fue evaluado en base al I.C.N.T.P. y se le asignó un código a dicho sextante dependiendo de las manifestaciones clínicas que determinaron las necesidades de tratamiento periodontal.

Se utilizó un código X y un código numérico de 0 a 4:

- Código X: Menos de 2 dientes de función en el sextante
- Código 0: Periodonto sano
- Código 1: En el sextante no existen bolsas periodontales ni sarro y se observa hemorragia, al sondeo correcto, el paciente solo necesita instrucciones para mejorar su higiene bucal.
- Código 2: El surco no excede de 3 mm, se sienten cálculos durante el sondeo, el paciente necesita detartraje y mejorar su higiene bucal.
- Código 3: Bolsas de 4 a 5 mm el paciente necesita detartraje y mejorar su higiene.
- Código 4: Bolsas de 6 a más mm el sextante necesita de tratamiento complejo es decir detartraje profundo, curetaje e incluso cirugía.

Para registrar los resultados solo se tomó en cuenta el código máximo por sextante, por lo que el código más alto, requirió 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 tomaron en cuenta.

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 verificó por ausencia de la pieza vecina o al momento de preparar una cavidad clase I., clase III, clase IV, clase V y clase VI.

3. Exodoncia:

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

4. Prótesis:

- Prótesis fija:** *Se observó las arcadas parcialmente desdentadas, de una o más piezas, con una unión rígida intermedia. Indicada en piezas sanas periodontalmente, espacios edéntulos unilaterales, cortos y rectos.*
- Prótesis Removible:** *Cuando el espacio desdentado no se 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 AFECIONES ORALES 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 a:

ROJO:	caso urgente de tratamiento inmediato
AMARILLO:	caso con algunas urgencias de tratamiento
VERDE:	con patología a tratar en etapa posterior
BLANCO:	piezas sin caries ni patología de tejidos blandos.

CRITERIOS:

1. Para identificar las piezas a ser obturadas se priorizó un promedio de cinco piezas por persona de acuerdo a:
 - Priorizar las primeras o segundas molares permanentes superiores e inferiores y anteriores superiores con dolor leve, moderado o severo.
 - Caries y/o fractura dentaria con extensión de 2 o más superficies sin afección pulpar.
2. Para identificar las piezas de exodoncia, se priorizó un promedio de tres piezas por persona de acuerdo a:
 - Piezas que presenten destrucción dentaria profunda y/o destrucción de dos o más superficies, abscesos dentarios, dolor agudo o movilidad.
 - Restos radiculares con o sin sintomatología.
3. Priorizar los tratamientos periodontales de acuerdo a:
 - Pacientes que presentaron encía con inflamación, presencia de cálculos y sangrado.⁵⁰

⁵⁰ Taller de Homogenización de criterios para la atención de salud integral en la fase de desmovilización. URNG, feb., 1997.
73p

CAPITULO IV

Marco Operativo



ESTADOS DE GUATEMALA
1991

4.1. ESTADISTICAS

4.1.1. POBLACION Y MUESTRA:

Población:

El trabajo profesional odontológico de campo se realizó en el campamento de Tzulché II, en el departamento de El Quiché, con una población concentrada de 81 excombatientes durante el período de desarme y desmovilización de la URNG.

Muestra:

Se tomó como muestra en forma aleatoria 81 excombatientes de 258 que conformaban el universo de personas concentradas en el campamento de Tzulché II, tomando como unidad de análisis las necesidades de tratamiento odontológico de las personas desmovilizadas durante un período de 60 días (marzo y abril de 1997).

Además, se evaluó clínicamente a través de una ficha a la población que sirvió de muestra y que conforma el universo de la presente investigación.

4.1.2. ANALISIS:

Se elaboró un listado de necesidades odontológicas que permitieron la realización de los tratamientos de mayor a menor urgencia.

4.1.3. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS:

Se elaboró una ficha clínica que contiene datos generales del paciente, historia médica anterior, historia odontológica anterior, diagnóstico, clasificación del paciente en código color rojo (emergencia), amarillo (algunas emergencias), verde (tratamiento posterior) y blanco (sin ninguna patología); un odontograma en donde se registraron los hallazgos encontrados en el momento del examen clínico bucal; además se presenta un espacio para anotar el plan de tratamiento a realizar, indicando el número de pieza donde se haría el tratamiento, lo que permitió la recopilación de datos estadísticos de las variables planteadas, así como el logro de los objetivos propuestos.

Se utilizó además, una hoja de recolección de datos, proporcionada por la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala - USAC, conteniendo los indicadores siguientes:

*Diagnóstico según código
Sexo
Edad
Etnia
Endodoncia
Periodoncia
Operatoria: Amalgamas y Resinas Compuestas
Exodoncia
Observaciones*

Esta ficha permitió recabar toda la información que se presenta en el análisis estadístico.

4.1.4. TRABAJO DE CAMPO:

Las estrategias que se siguieron para la recolección de la información fueron a través del envío de grupos de excombatientes, designados por un Teniente Coronel exguerrillero, en determinado día y hora durante dos meses, trabajando de lunes a domingo durante este tiempo.

4.1.5. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION:

Los datos obtenidos fueron tabulados para clasificar las variables, las cuales se ingresaron a un computador personal, utilizando el programa de hoja electrónica Excel de la versión Microsoft Office '97.

CAPITULO V

Análisis e Interpretación

de Resultados

CUADRO No.1

**TRATAMIENTOS REALIZADOS DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION
EN EL CAMPAMENTO DE Tutulché II, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y
ABRIL DE 1997**

TRATAMIENTO	NECESIDADES ODONTOLÓGICAS	PORCENTAJE
Aplicación tópica de flúor	41	100%
Educación en Salud	4	100%
Extracciones	66	68%
Cirugías	1	100%
Radiografías	5	100%
Amalgamas	182	57%
Resinas compuestas	79	78%
Pulpotomías	15	13%
T. Conductos Radiculares	14	7%
Tratamientos Periodontales	67	97%
Prótesis Fija	14	0%
Prótesis Removible	24	0%
Prótesis Totales	0	0%

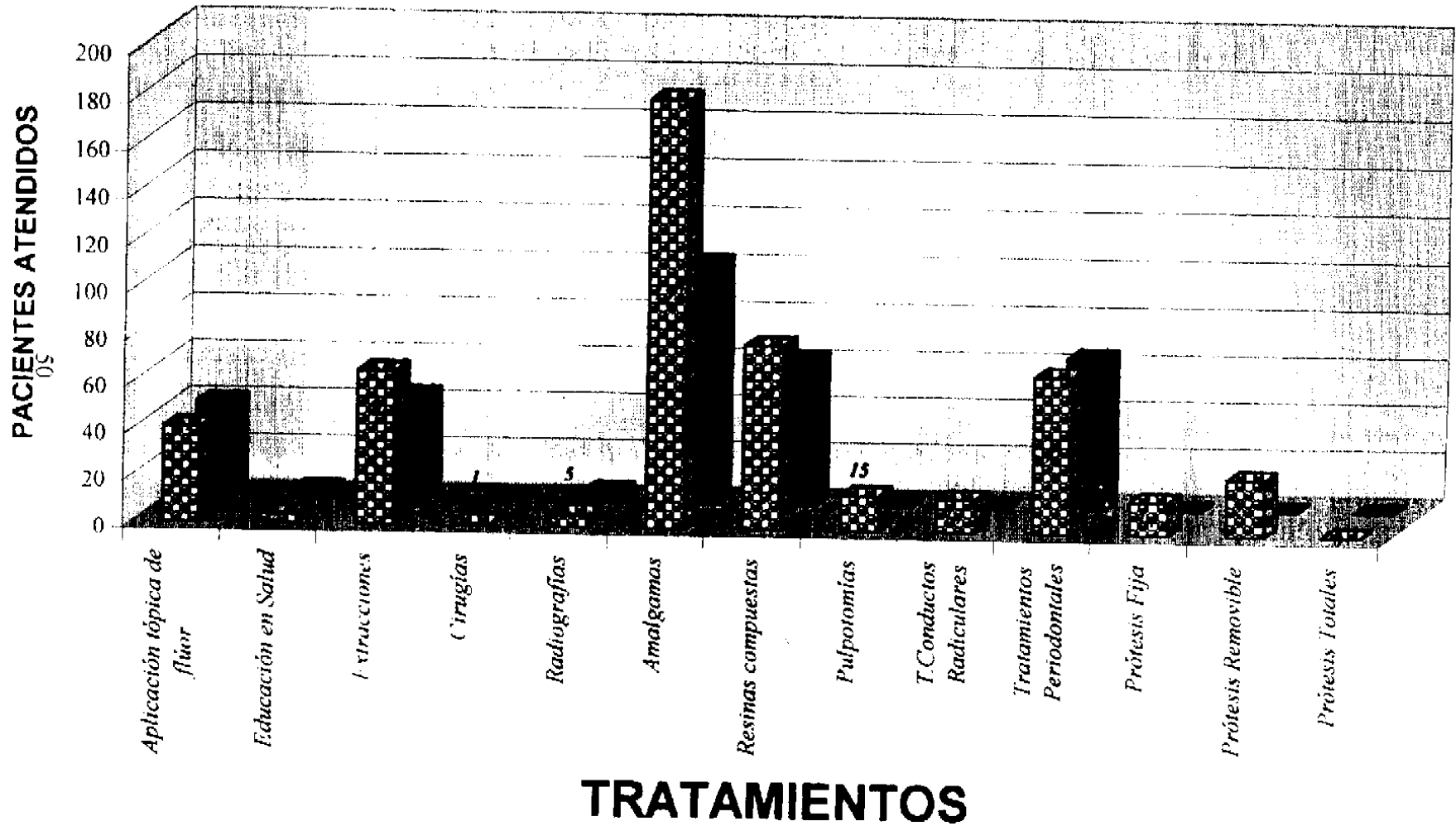
El cuadro comparativo de necesidades y de tratamientos realizados muestra en las diferentes variables que se cubrió más del 60% meta establecido por la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca URNG

GRAFICA No.1 TRATAMIENTOS REALIZADOS DURANTE LA FASE DE DESMOVLIZACION

NECESIDADES
ODONTOLÓGICAS



TRATAMIENTO
REALIZADO



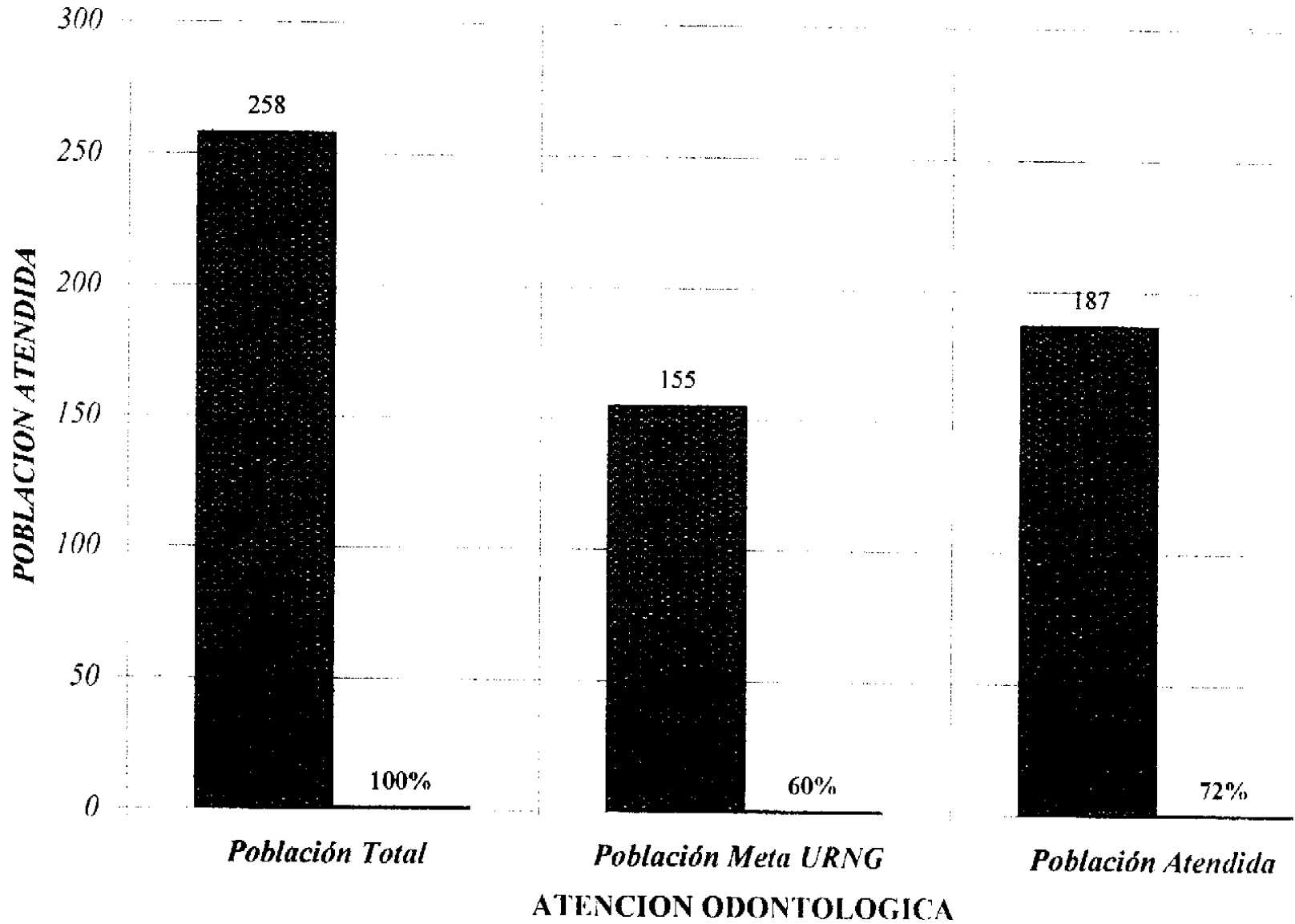
CUADRO No.2

*COBERTURA DE ATENCION ODONTOLOGICA
ALCANZADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION EN EL
CAMPAMENTO DE Tulumché II, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y
ABRIL DE 1997*

<i>POBLACION</i>	<i>PACIENTES</i>	<i>%</i>
<i>Población Total</i>	<i>258</i>	<i>100%</i>
<i>Población Meta URNG</i>	<i>155</i>	<i>60%</i>
<i>Población Atendida</i>	<i>187</i>	<i>72%</i>

Del total de 258 personas que constituyeron la población total del campamento se atendieron 187 personas que representan el 72%; lo que indica que se supero el porcentaje establecido por la URNG del 60% equivalente a 155 personas

GRAFICA No. 2
COBERTURA DE ATENCION ODONTOLOGICA ALCANZADA DURANTE LA
FASE DE DESMOVILIZACION



CUADRO No.3

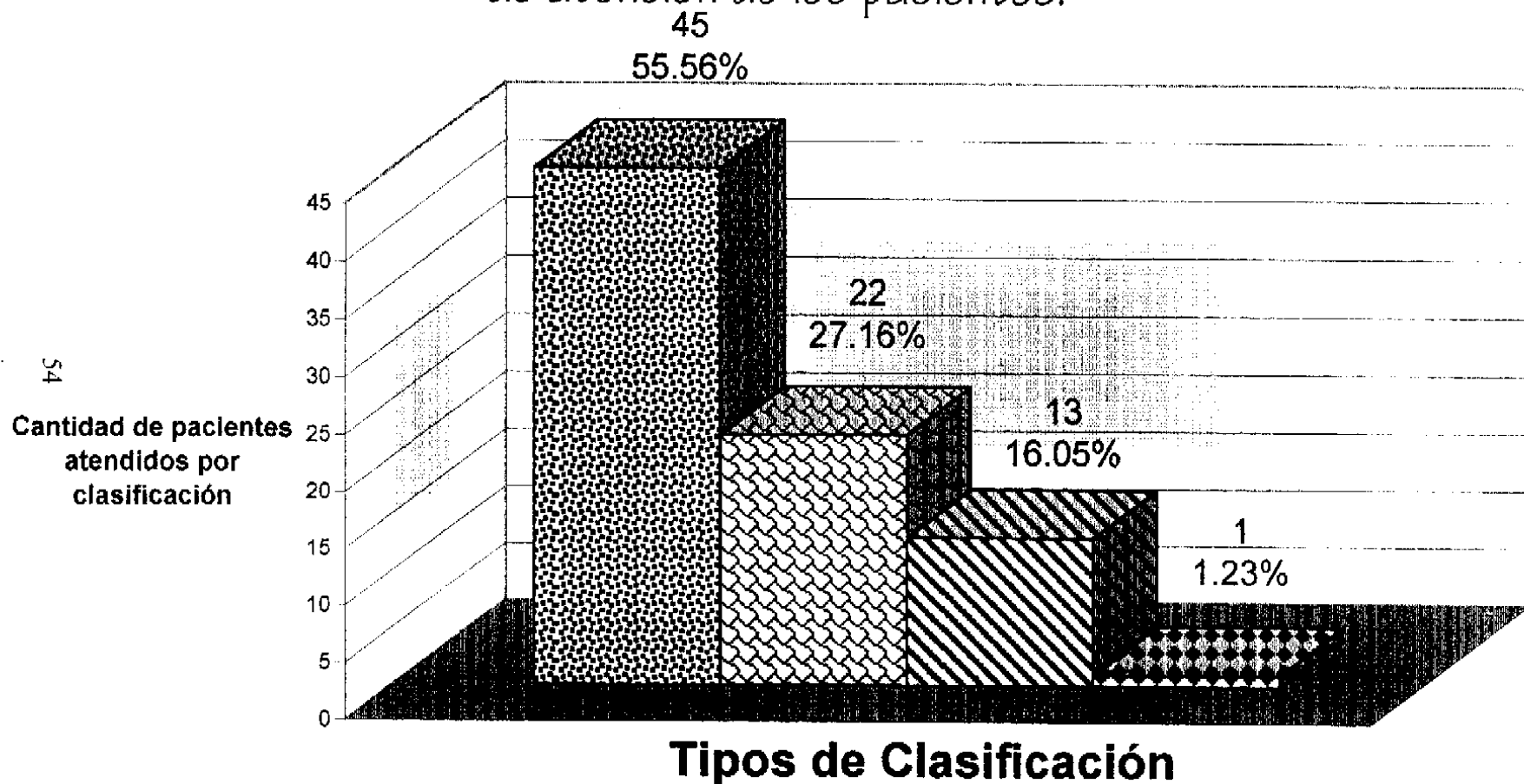
CLASIFICACION DEL CODIGO DE COLORES PARA DETERMINAR LA PRIORIDAD DE ATENCION DE LOS PACIENTES DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION EN EL CAMPAMENTO DE Tululché II, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

Código	diagnosticados	Porcentajes (%)
ROJO	45	55.56
AMARILLO	22	27.16
VERDE	13	16.05
BLANCO	1	1.23
TOTAL:	81	100%

Según el resultado obtenido el grupo mayoritario de 45 pacientes que representan un 55.56% , requerían tratamiento dental urgente; 22 representando un 27.16% , mostraron algunas urgencias de tratamiento; 13 presentaron patología a tratar en etapa posterior, lo cual representa un 16.05% y un solo paciente, representando un 1.23% no presentó caries, ni patología de tejidos blandos.

GRAFICA No.3

Clasificación del código de colores para determinar la prioridad de atención de los pacientes.



Códigos:

 Rojo  Amarillo  Verde  Blanco

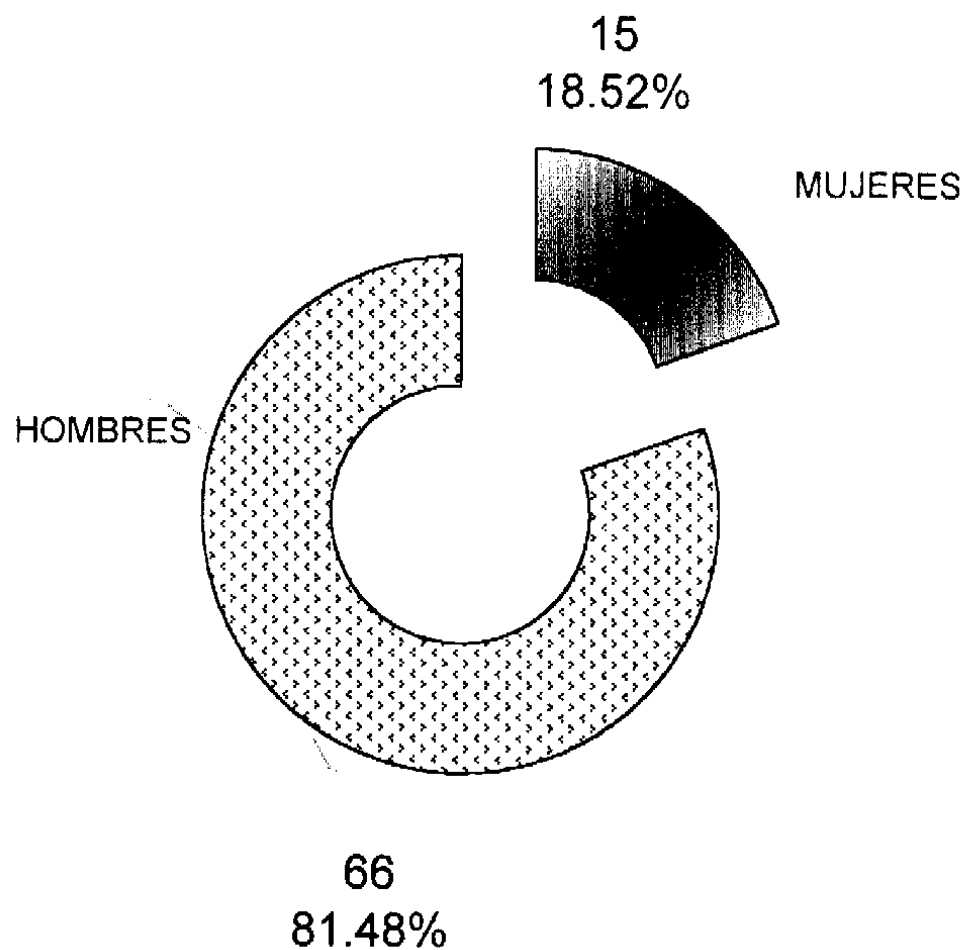
CUADRO No.4

DETERMINACION DEL SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION EN EL CAMPAMENTO DE Tululché II, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

Edad de los pacientes	Mujeres	%	Hombres	%	TOTAL	%
Menores de 20 años	1	1.24%	8	9.87%	9	11.11%
De 20 a 30 años	3	3.70%	33	40.74%	36	44.44%
De 31 a 40 años	4	4.94%	15	18.52%	19	23.46%
De 41 a 50 años	3	3.70%	9	11.11%	12	14.81%
De 51 a 60 años	1	1.24%	1	1.24%	2	2.47%
Mayores de 60	2	3.70%	0	0%	3	3.70%
Total:	15	18.52%	66	81.48%	81	100

Dentro del total de 81 excombatientes, se estableció que un 81.48% correspondió al sexo masculino y un 18.52% al sexo femenino.

GRAFICA No.4
Determinación de Sexo



CUADRO No.5

EDADES DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION EN EL CAMPAMENTO DE TULULCHÉ II, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

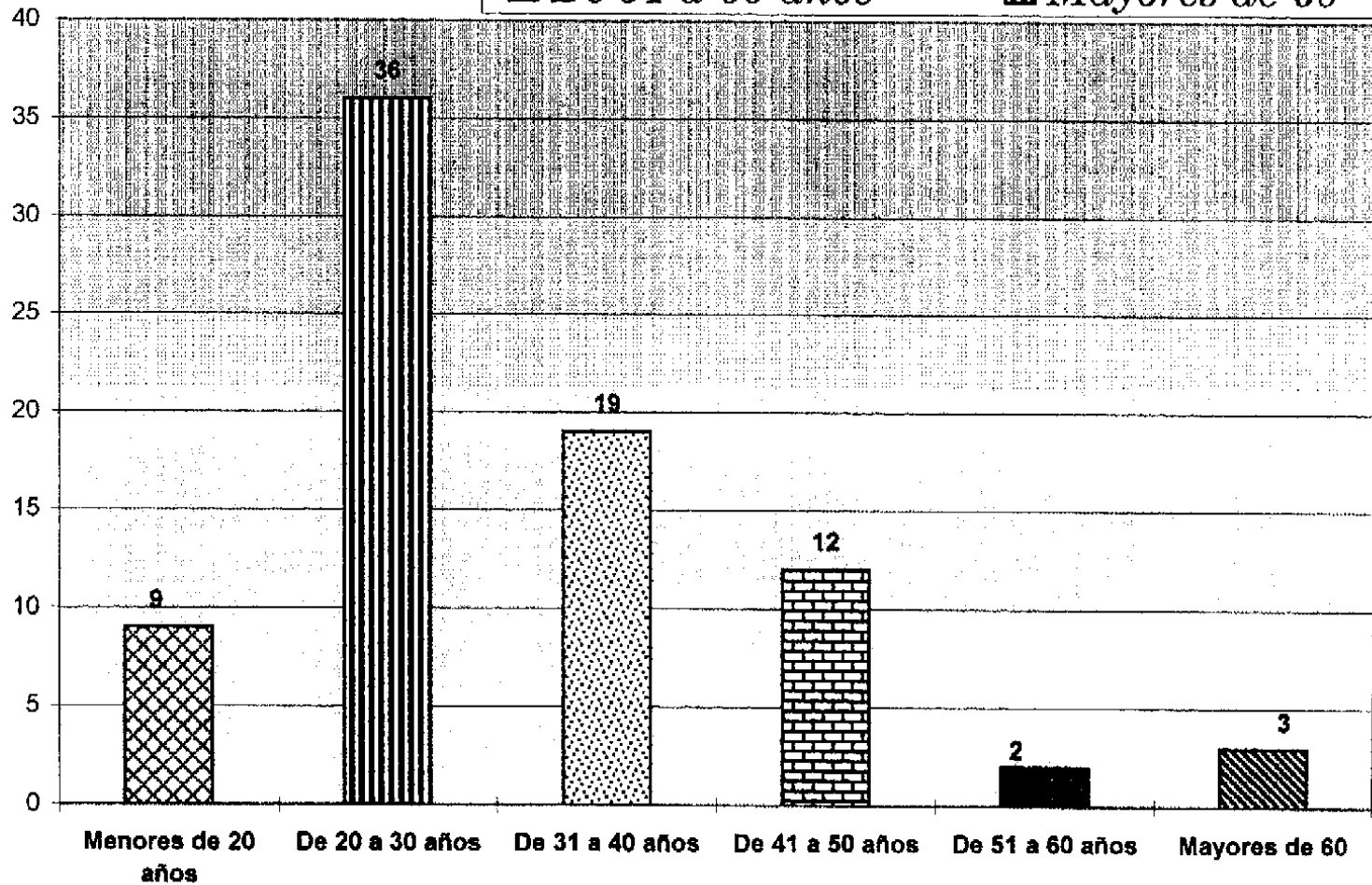
EDAD DE LOS PACIENTES	No. DE PACIENTES POR EDAD	PORCENTAJES (%)
<i>Menores de 20 años</i>	<i>9</i>	<i>11%</i>
<i>De 20 a 30 años</i>	<i>36</i>	<i>44%</i>
<i>De 31 a 40 años</i>	<i>19</i>	<i>23%</i>
<i>De 41 a 50 años</i>	<i>12</i>	<i>15%</i>
<i>De 51 a 60 años</i>	<i>2</i>	<i>2%</i>
<i>Mayores de 60</i>	<i>3</i>	<i>4%</i>
TOTAL:	81	100%

Los resultados muestran que en la edad de pacientes atendidos se encuentra el grupo mayoritario en un 44.44% dentro del rango de 20 a 30 años; un 23.46% entre 31 a 40 años; 14.81% entre 41 a 50 años; un 11.11% fueron menores de 20 años; un 3.70% mayores de 60 años y un 2.47% entre el rango de 51 a 60 años, considerando significativamente que el mayor porcentaje de pacientes son adultos jóvenes.

GRAFICA No.5 EIDADES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS

- Menores de 20 años
- De 20 a 30 años
- De 31 a 40 años
- De 41 a 50 años
- De 51 a 60 años
- Mayores de 60

58



CUADRO No.6

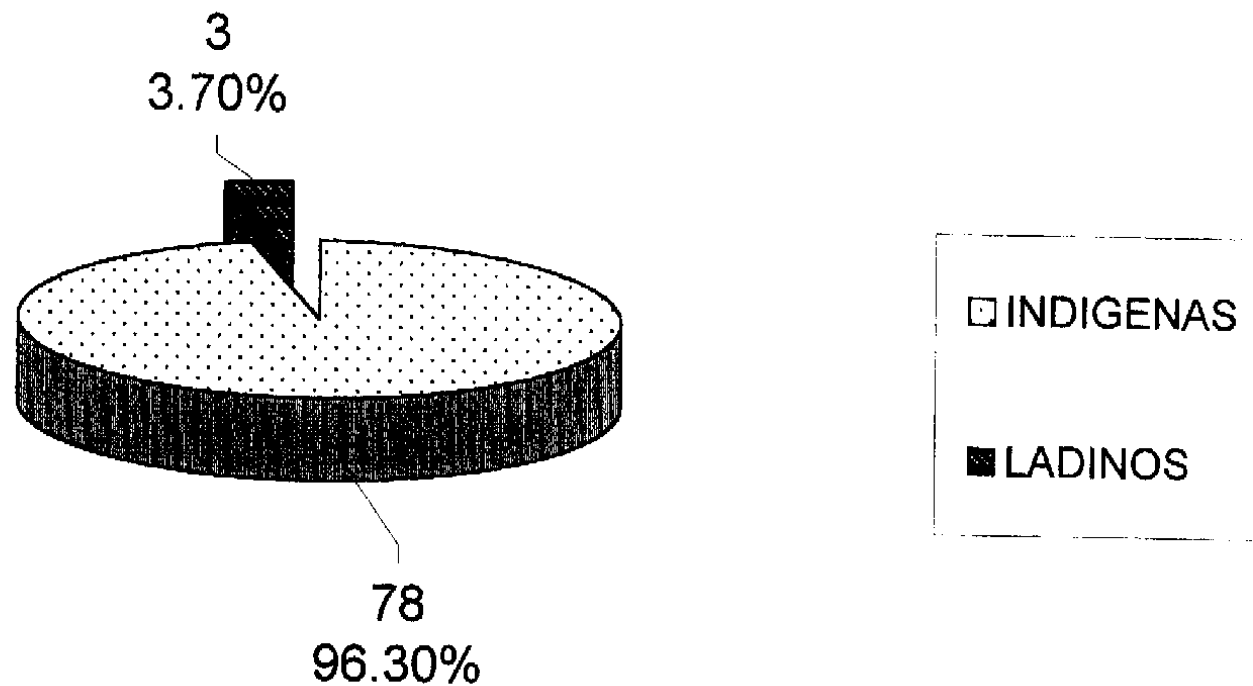
ETNIAS ATENDIDAS DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION EN
EL CAMPAMENTO DE Tulumché II, DURANTE LOS MESES DE MARZO
Y ABRIL DE 1997

INDIGENAS	78	96.30%
LADINOS	3	3.70%
TOTAL:	81	100%

De los 82 pacientes examinados, 78 eran indígenas mayas quienes representan un 96.30%; y 03 ladinos, representando un 3.70%, este resultado indica que hubo más pacientes indígenas mayas que pacientes ladinos.

GRAFICA No.6

PACIENTES ATENDIDOS POR ETNIA



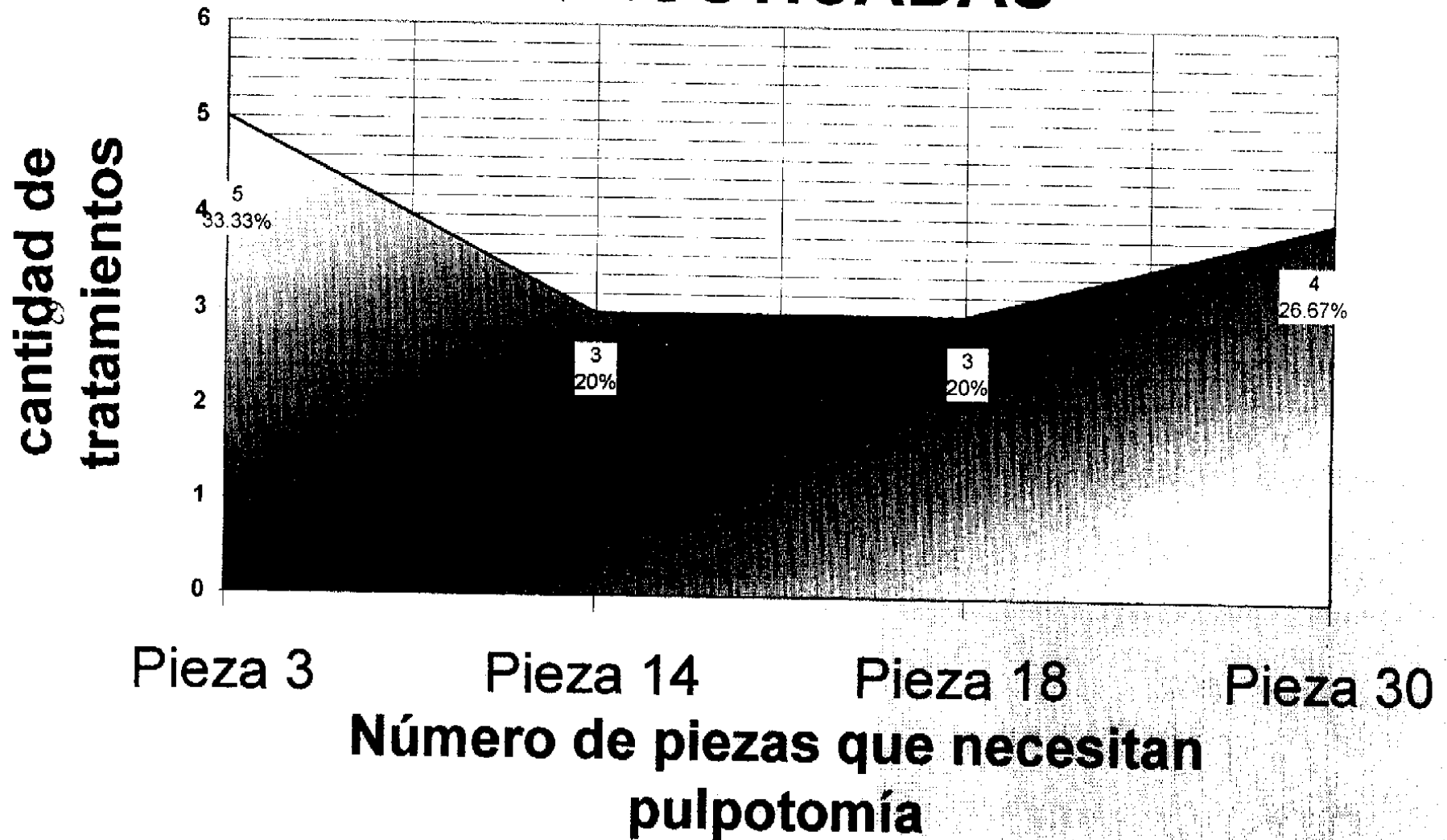
CUADRO No.7

PULPOTOMIAS DIAGNOSTICADAS DURANTE LA FASE DE
DESMOVLIZACION EN EL CAMPAMENTO DE Tululché II,
DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

NUMERO DE PIEZA	NUMERO DE PULPOTOMIAS	PORCENTAJE (%)
Pieza 3	5	33.33
Pieza 14	3	20.00
Pieza 18	3	20.00
Pieza 30	4	26.67
TOTAL:	15	100

Del total de piezas que requieren pulpotomía, la pieza No. 3 es la que presentó mayor necesidad del tratamiento, representando un 33.33%, seguido de la pieza No. 30 con un 26.67% y las piezas 14 y 18, ambas representaron un 40% (20% cada pieza)

GRAFICA No.7 PULPOTOMIAS DIAGNOSTICADAS



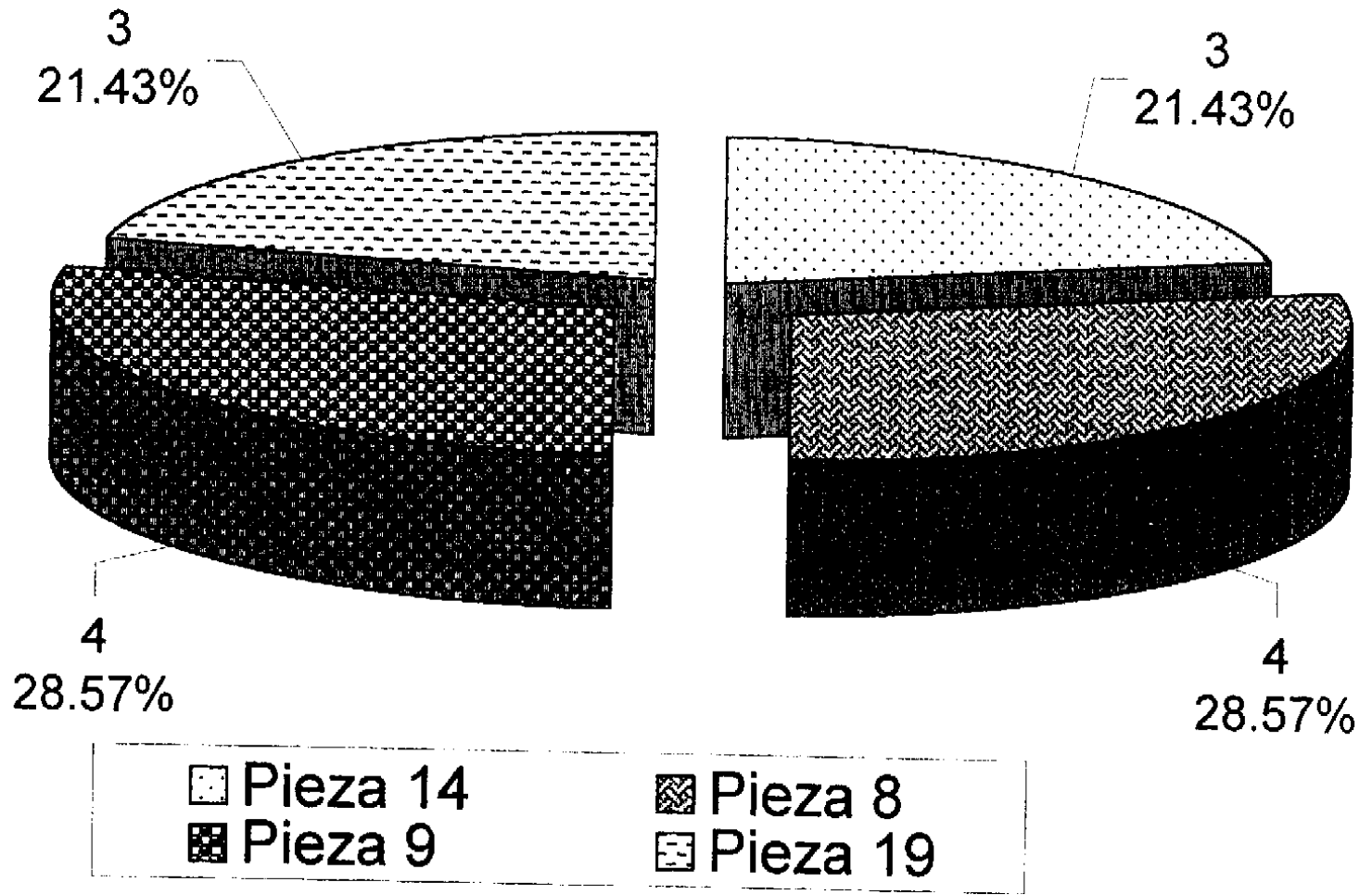
CUADRO No.8

TRATAMIENTO DE CONDUCTOS RADICULARES DIAGNOSTICADOS
DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION EN EL CAMPAMENTO DE
Tululché II, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

NUMERO DE PIEZA	No. PIEZAS INDICADAS PARA TCR	PORCENTAJE (%)
Pieza 14	3	21.43
Pieza 8	4	28.57
Pieza 9	4	28.57
Pieza 19	3	21.43
TOTAL:	14	100%

Los resultados mostraron que las piezas 8 y 9 son las que más requieren TCR y representan ambas un 57.14% (28.57% cada pieza) del total de TCR requeridos, y las piezas 14 y 19, ambas representan un 42.86% (21.43% cada pieza).

GRAFICA No.8 TRATAMIENTO DE CONDUCTOS RADICULARES DIAGNOSTICADOS



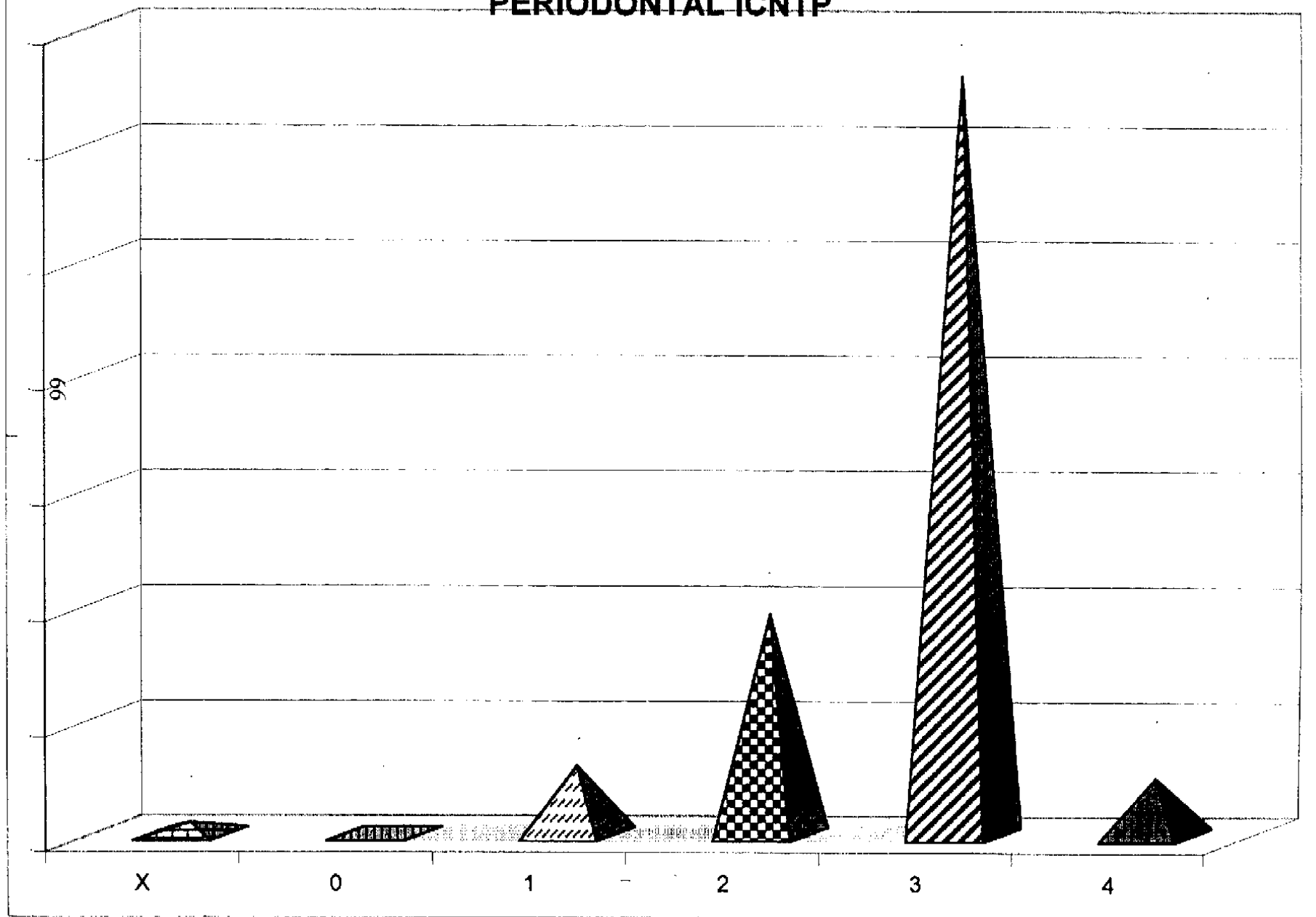
CUADRO No.9

ÍNDICE COMUNITARIO DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL I.C.N.T.P., ESTABLECIDO DURANTE LA FASE DE DESMOBILIZACIÓN EN EL CAMPAMENTO DE Tululché II, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

CÓDIGO	NUMERO DE SEXTANTES	PORCENTAJE
X	5	1%
0	0	0%
1	30	6%
2	96	20%
3	330	68%
4	25	5%
TOTAL	486	100%

Los datos indican que el 68% de los sextantes clasifican en el código 3 y un 20% en el código 2, es decir que el paciente presenta bolsas de 4 a 5 mm de profundidad, cálculos supra o subgingivales y necesita raspado y alisado radicular, incluye la eliminación de los desajustes marginales de obturaciones y coronas y necesita mejorar su higiene bucal. Un 5% de los sextantes se clasifica en el código 4 presentando bolsas de 6 mm de profundidad o más y requiere de tratamiento periodontal completo, además de raspado, alisado radicular, control de placa bacteriana y puede incluir cirugía periodontal, curetaje subgingival y raspado profundo, el 6% de los sextantes se encuentra clasificado en el código 1 en donde únicamente se encontró sangrado al sondaje correcto por lo que necesita solamente instrucción en higiene bucal y control de placa bacteriana y por último un 1% esta clasificado dentro del código X que contempla menos de 2 dientes en función en el sextante. Este cuadro indica que la mayor parte de sextantes evaluados presentan un nivel de enfermedad periodontal avanzado.

GRAFICA No. 9
INDICE COMUNITARIO DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO
PERIODONTAL ICNTP



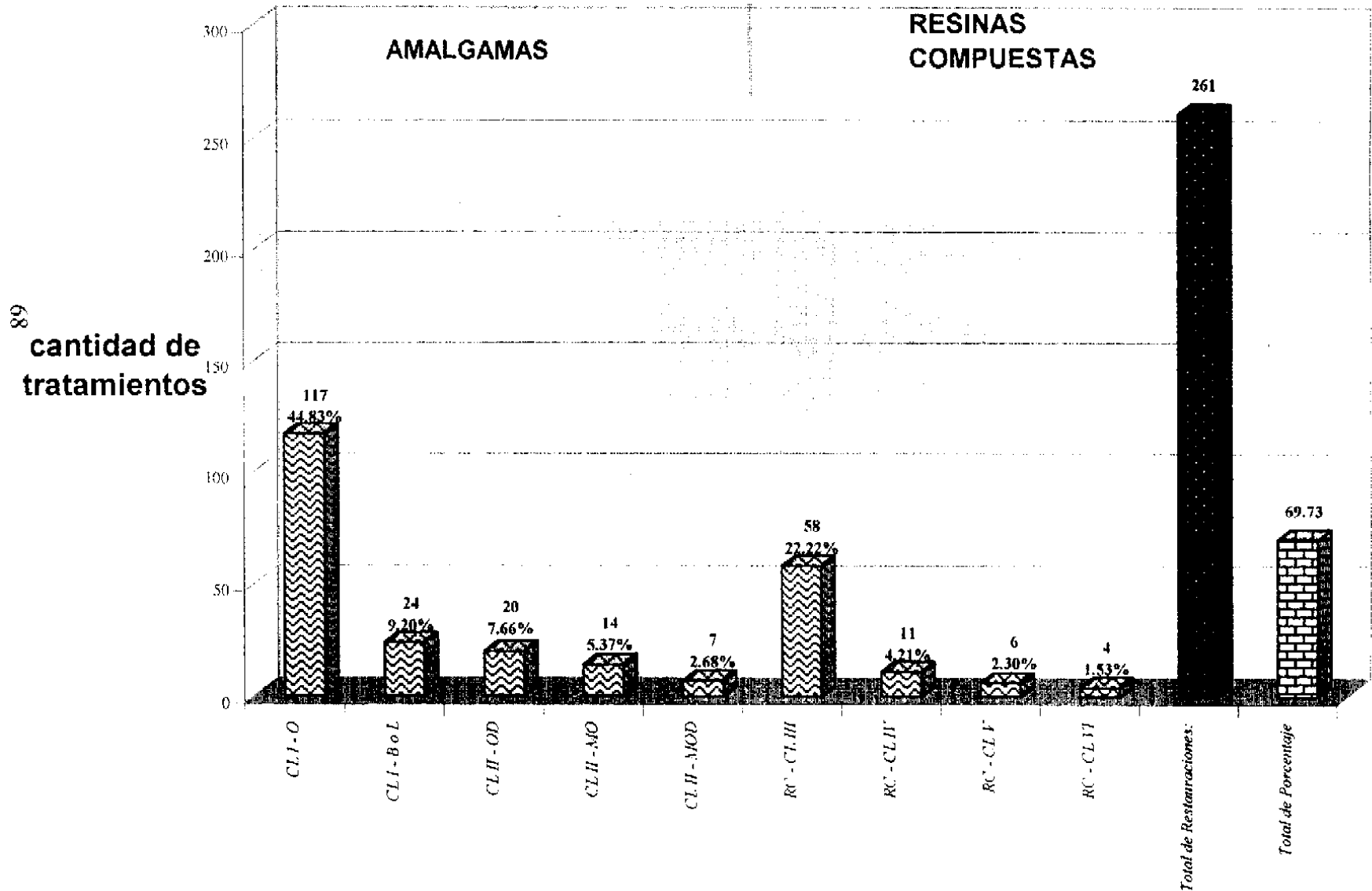
CUADRO No.10

TRATAMIENTOS DE OPERATORIA DIAGNOSTICADOS DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN EN EL CAMPAMENTO DE Tululché II, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

Diagnostico	Amalgamas	Resinas Compuestas	Total de Tratamientos de Operatoria	Porcentaje
CL I - O	117		117	44.83
CL I - B o L	24		24	9.20
CL II - OD	20		20	7.66
CL II - MO	14		14	5.36
CL II - MOD	7		7	2.68
RC - CL III		58	58	22.22
RC - CL IV		11	11	4.21
RC - CL V		6	6	2.30
RC - CL VI		4	4	1.53
Total de Restauraciones:	182	79	261	
Total de Porcentaje	69.73	30.27	100.00	100.00

De los 261 restauraciones indicadas, 182 que representa un 69.73% fueron de amalgama y un 30.27% de resinas compuestas. El mayor porcentaje de restauraciones requeridas, fue de Amalgama clase I O, que representa un 44.83% seguido de Resina Compuesta CL III con un 22.22% y un 32.95% que corresponden al resto de restauraciones

GRAFICA No.10 TRATAMIENTOS DE OPERATORIA REQUERIDOS



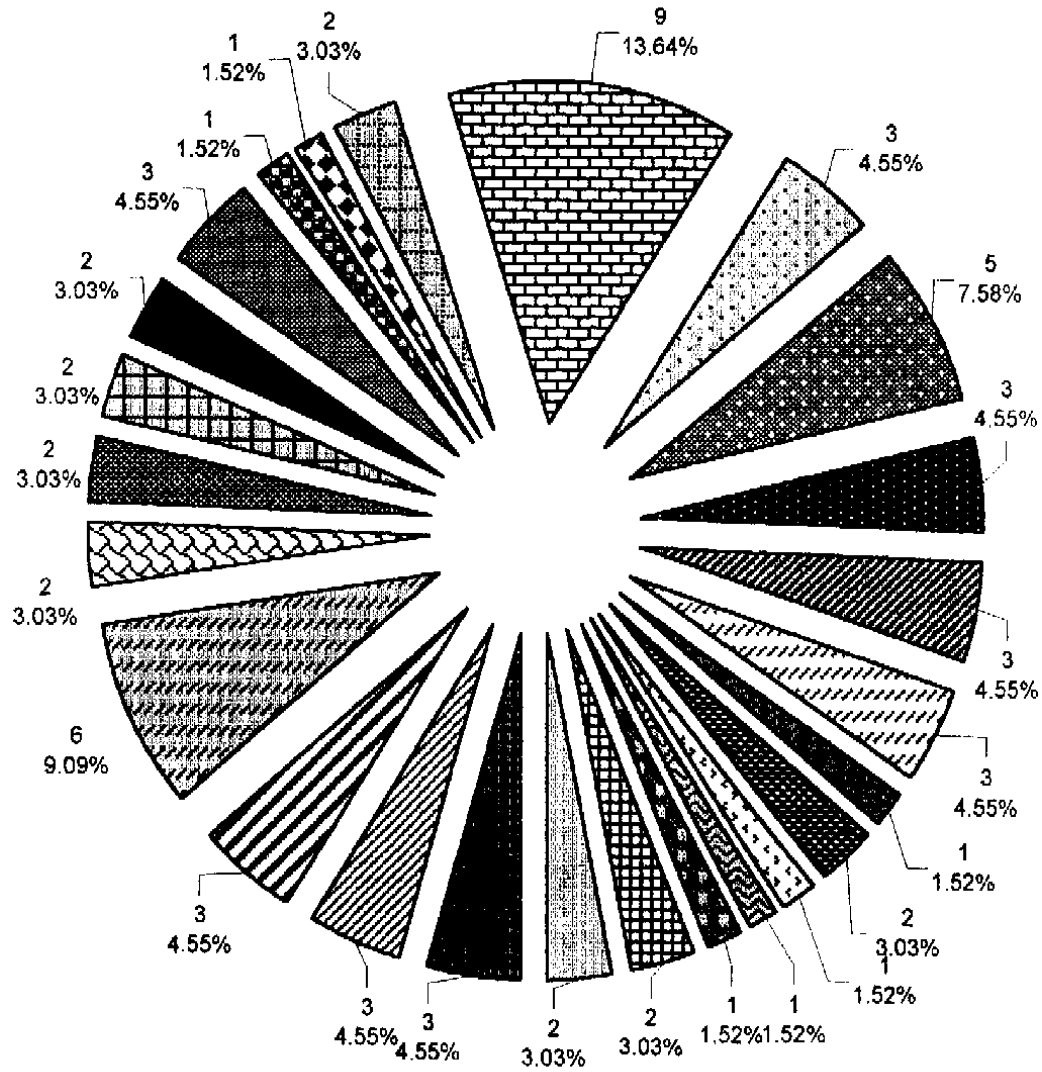
CUADRO No.11

TRATAMIENTO DE EXODONCIA DIAGNOSTICADO DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION EN EL CAMPAMENTO DE TULULCHÉ II, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

NUMERO DE PIEZAS	NUMERO DE EXODONCIAS	PORCENTAJE (%)
1	3	4.55
2	3	4.55
3	6	9.09
4	2	3.03
5	2	3.03
7	2	3.03
8	2	3.03
9	3	4.55
10	1	1.52
11	1	1.52
12	2	3.03
14	9	13.64
15	3	4.55
17	5	7.58
18	3	4.55
19	3	4.55
20	3	4.55
21	1	1.52
22	2	3.03
23	1	1.52
24	1	1.52
25	1	1.52
30	2	3.03
31	2	3.03
32	3	4.55
TOTAL:	66	100

Del total de 66 exodoncias indicadas, la pieza No. 14 fue la que más se indicó para extraer representando un 13.64%, seguida de la pieza No. 3, que representa un 9.10% y la pieza 17 que corresponde a un 7.58%, las piezas 1,2,9,15,18,19,20 y 32, correspondió un 36.40 (4.55% cada pieza), las piezas 4,5,7,8,12,22,30 y 31 constituyó un 24.16% (3.02% por pieza) y las piezas 10,11,21,23,24 y 25, correspondió a un 9.12% (1.52% por pieza).

GRAFICA No.11
TRATAMIENTO DE EXODONCIA



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 14
- 15
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 30
- 31
- 32

Número de Piezas

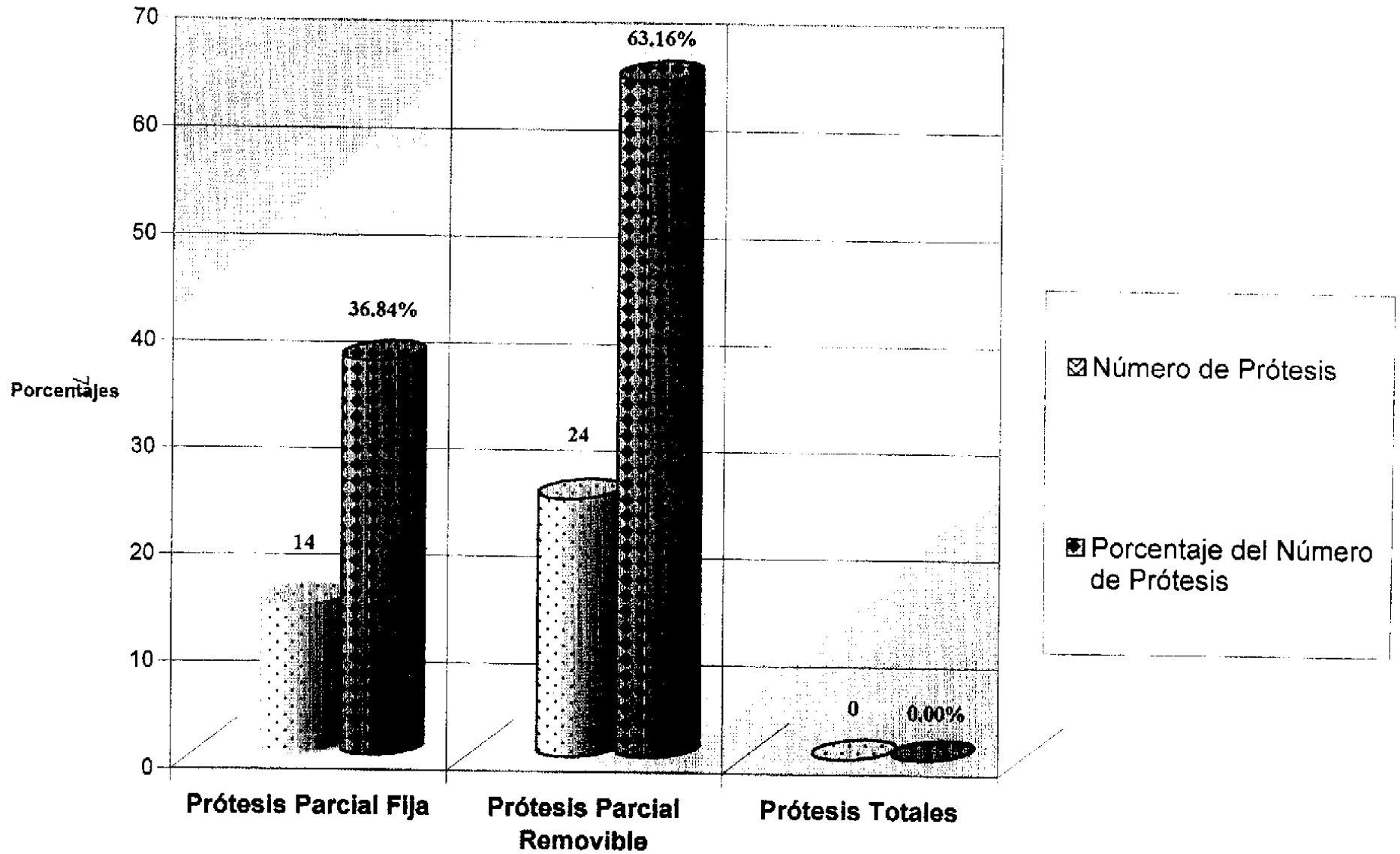
CUADRO No.12

TRATAMIENTO DE PROTESIS DIAGNOSTICADO DURANTE LA FASE
DE DESMOVILIZACION EN EL CAMPAMENTO DE Tululché II.
DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

<i>Tratamiento</i>	<i>Número de Prótesis</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Prótesis Parcial Fija</i>	<i>14</i>	<i>36.84</i>
<i>Prótesis Parcial Removible</i>	<i>24</i>	<i>63.16</i>
<i>Prótesis Totales</i>	<i>0</i>	<i>0.00</i>
TOTALES:	38	100

Del total de prótesis requeridas, el mayor porcentaje del 63.16% correspondió a Prótesis Parcial Removible y el 36.84% a Prótesis Parcial Fija, no presentándose Pacientes Edéntulos.

GRAFICA No.12
TRATAMIENTO DE PROTESIS INDICADAS



CAPITULO VI

Conclusiones

y

Recomendaciones

CONCLUSIONES

1. *Del total de pacientes atendidos 66 pertenecen al sexo masculino, constituyendo un 81.48%, el resto de pacientes (15) pertenecen al sexo femenino, y representan un 18.52%.*
2. *La mayoría de los pacientes atendidos fueron personas jóvenes, ya que en el rango de edad 20 a 30 años se encontró al 44.44% de la población total.*
3. *Casi la totalidad de pacientes atendidos pertenecían a la etnia indígena maya (78 pacientes), constituyendo un 96.3% de la muestra y se atendieron a 3 pacientes ladinos, representando al 3.7%*
4. *El 55% de la población diagnosticada se clasificó en código de color rojo, es decir que necesitó atención dental inmediata.*
5. *Las necesidades odontológicas de los excombatientes de la U.R.N.G. más frecuentes son operatoria, periodoncia, exodoncia, prótesis y endodoncia*
6. *La mayor parte de tratamientos dentales que se requirieron fue en el área de Operatoria, especialmente en amalgamas de plata, siendo la amalgama clase I oclusal la restauración mas requerida en los planes de tratamiento.*
7. *Otra necesidad de atención odontológica importante fue el área de periodoncia, ya que 67 personas (81.7%) requirieron este tipo de tratamiento.*
8. *Para medir el estado de enfermedad periodontal y la necesidad de tratamiento se utilizó el Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal I.C.N.T.P., dando como resultado que la mayor parte de los sextanes evaluados (68%) presentan un nivel de enfermedad periodontal avanzado y que como tratamiento necesita raspado y alisado radicular, eliminación de desajustes marginales de obturaciones y coronas y necesita mejorar su higiene bucal.*
9. *La tercera necesidad de atención odontológica en orden descendente fue la exodoncia, siendo la pieza 14 la que más se indicó para extraer, representando un 13.64%*
10. *Una necesidad odontológica que no pudo ser cubierta en el campamento por razones de falta de laboratorio dental, materiales y equipo fue el área de prótesis, requiriéndose 24 prótesis parcial removible y 14 prótesis fija.*

11. *La participación de la Facultad de Odontología favoreció al 72% de la población del campamento de Tzulché II, siendo la meta propuesta por la U.R.N.G. de un 60%. Esta labor fue de mucho beneficio para este sector de la comunidad guatemalteca que permaneció aislado y marginado por más de 30 años.*
12. *La intervención profesional de los estudiantes de odontología permitió una experiencia exitosa, en la que se enriquecieron los conocimientos de los Odontólogos practicantes y se logró una mayor habilidad y destreza en la realización de los diferentes tratamientos bucales.*
13. *Los técnicos dentales de la URNG, aumentaron sus conocimientos en Odontología durante la fase de desmovilización.*
14. *Los ex combatientes aceptaron, respetaron y colaboraron en las múltiples actividades clínicas y de educación de higiene bucal, que se realizaron en el campamento Tzulché II.*

RECOMENDACIONES

1. *Que la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca haga los arreglos necesarios para dar un seguimiento a los casos que se trataron durante la estadía en el campamento de Tzulché II.*
2. *Crear centros de salud en el área rural con personal idóneo, para atender los casos que por limitaciones de tiempo y materiales no pudieron ser tratados.*
3. *Implementar un programa preventivo de Odontología en la población de excombatientes, a través de monitores capacitados durante la fase de desmovilización.*
4. *Exhortar a los nuevos Odontólogos a ejercer sus servicios profesionales en el interior del país.*
5. *Realizar programas de educación en salud bucal, a través de la radio de la Universidad de San Carlos de Guatemala con asesoría de la Facultad de Odontología.*

LIMITACIONES DEL PROBLEMA

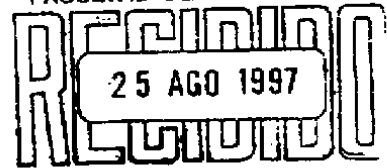
Durante los dos meses de servicio profesional odontológico en el Campamento de Tzulché II, se encontró con las limitaciones siguientes:

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

ANEXOS

Guatemala, 8 de agosto de 1997

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



SECRETARIA

10:56 *ef*

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



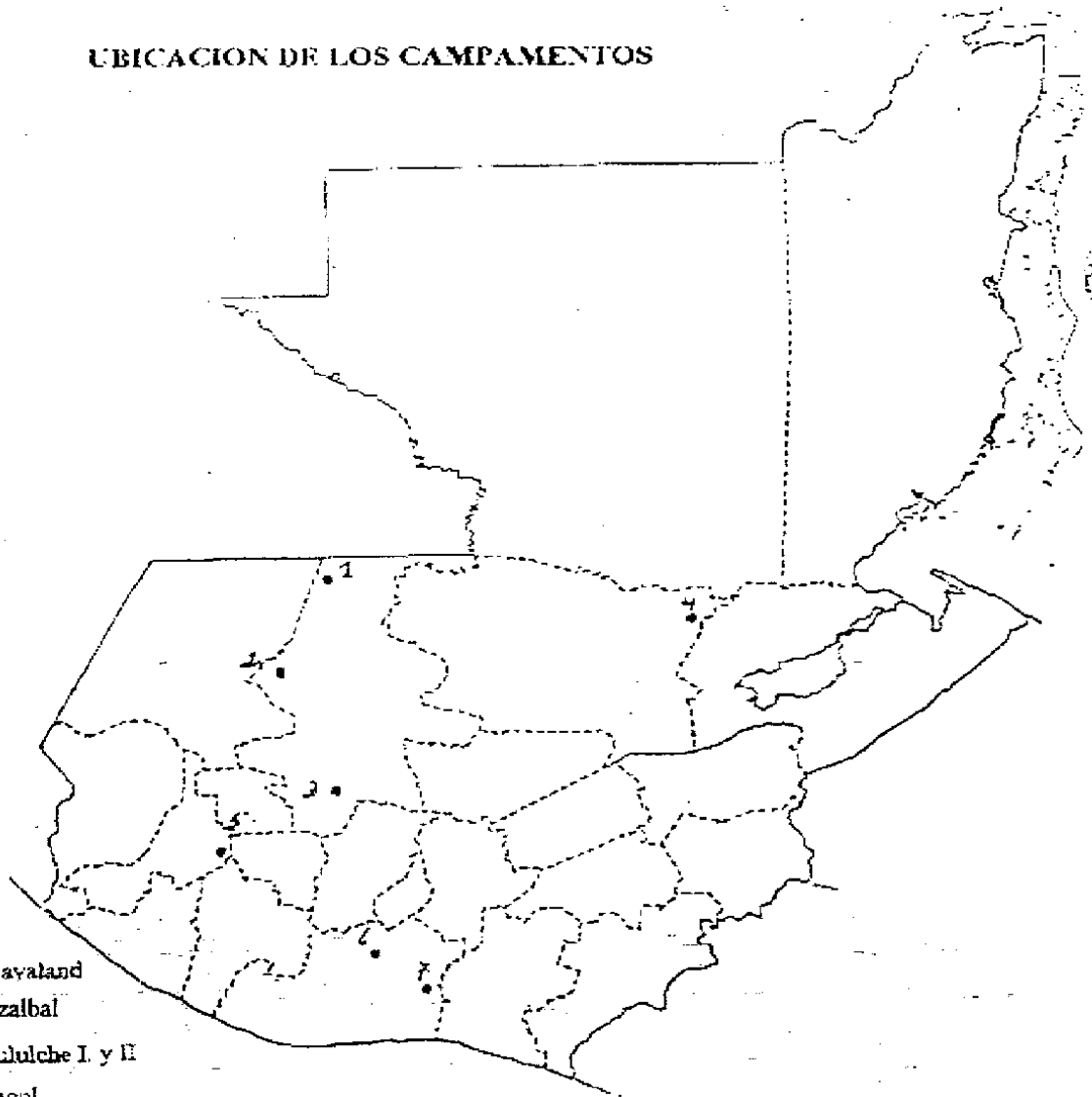
Fundación Guillermo Toriello
Comisión especial de Incorporación URNG



Dr. Jacobo Finkelstein
Representante
OPS/OMS GUATEMALA



UBICACION DE LOS CAMPAMENTOS



1. Mavaland
2. Tzalbal
3. Tululche I. y II
4. Sacol
5. Las Abejas
6. Parcelamiento los Blancos.
7. Finca Claudia.

Px	Diagnostico						Sexo	Edad	Etnia		ENDODONCIA			PERIODONCIA			OPERATORIA Ag					OPERATORIA Rc				OBSERVACIONES		
	R	A	V	B	M	F			Indig.	No indig.	TCR	#Pieza	Pulpot.	#Pieza	Bucal	Lingual	CIO	CI.B.L.	MO	OD	MOD	CIII	CIV	CV	CVI		#Pieza	
															M	B	D	M	L	D								
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												

000
73

CAMPAMENTO TULULCHÉ II

← A LA CARRETERA

CLINICAS

IGLESIA

MANUELA

BARRACA 1

BARRACA 2

BARRACA 3

BARRACA 4

CAMPO DE FUTBOL

WASHING

WASHING

COCINA 1

COCINA 2

DUCHAS PLAS

CAMINO DE TIERRA

← AL RIO

CAMINO DE TIERRA

CAMPO DE FUTBOL

BARRACA 5

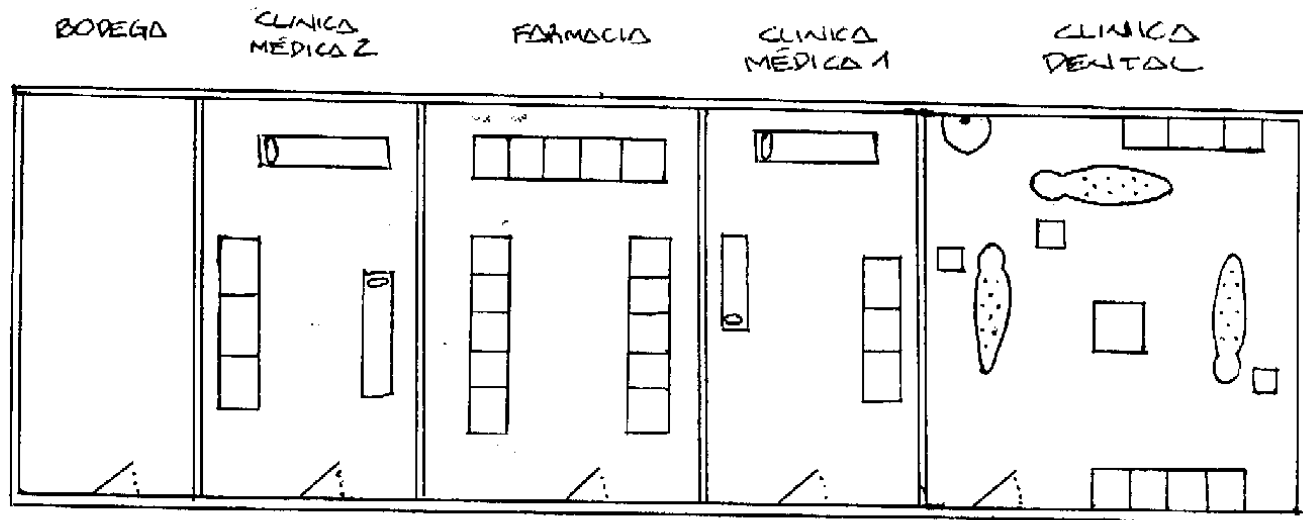
BARRACA 6

BARRACA 7

BORRGA

TULULCHÉ I

MANUELA



INSTALACIONES MEDICO-DENTAL

**OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS ESTUDIANTES
QUE PARTICIPEN EN EL PROGRAMA DE SALUD EXTRAORDINARIO**

1. Presentarse el día indicado a donde fue asignado.
2. Presentar a quien corresponda, la carta que lo acredite como estudiante de la Facultad de Odontología asignado al lugar correspondiente.
3. Reconocer como Coordinador inmediato superior, a la persona que haya sido nombrada como su representante y encargado del Programa.
4. Recibir bajo inventario todo el instrumental, equipo y enseres que le sean asignados para la realización del Programa.
5. Entregar un inventario del equipo y de los instrumentos dentales que tiene obligación de llevar y disponer para la realización del programa y que sean de su propiedad.
6. Reunirse con el coordinador local encargado del programa, para planificar la realización del mismo.
7. Cumplir con el horario y programación de labores planificado.
8. Mantener una adecuada presentación personal.
9. Mantener las instalaciones limpias y ordenadas.
10. Respeto absoluto a las personas, sin distinción de raza, sexo, credo o clase social.
11. Abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas.
12. Evitar escándalos de cualquier índole.
13. Abstenerse de fumar dentro del área de la clínica y enfermería.
14. Desempeñar todas sus actividades dentro de los preceptos de ética y de las buenas relaciones humanas.
15. Al finalizar el programa, el estudiante deberá entregar bajo inventario, todo el instrumental, equipo y enseres que se le hayan facilitado para la realización del Programa.

...2/

MEDIDAS DISCIPLINARIAS:

El incumplimiento de los estudiantes a una o más de las presentes normas y/o aspectos generales que contempla el desarrollo del programa, SERA MOTIVO DE MEDIDAS DISCIPLINARIAS ESPECIALES, impuestas por la Facultad de Odontología.

LIBRO DE ACTIVIDADES DIARIAS:

Deben de llevar un libro de actividades diarias, el cual será individual, y en el que reportarán las actividades más sobresalientes de cada día y un resumen del rendimiento clínico en general. No deberán detallar tratamientos.

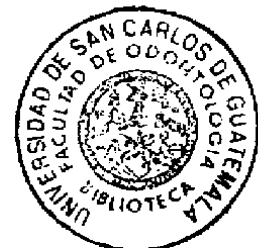
El libro debe identificarse con el nombre del responsable, el campamento y las fechas de realización del programa extraordinario.

Cada día deberá anotarse la hora de inicio de labores, el programa del día y la hora de finalización de labores.

Guatemala, 28 de febrero de 1997.

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. Stockstill, John W., John F. Bowley y Ronald Attanasio. -- Análisis de decisiones clínicas en prostodoncia fija. -- Pp. 565, 569, 591, 594. -- *En* prostodoncia fija integral : John F. Bowley, John W. Stockstill, Ronald Attanasio, directores huéspedes. -- México : Interamericana Mc Graw-Hill, 1992. (Clínicas Odontológicas de Norte América, Vol. 3)
5. Carranza, Fermín A. -- Periodontología clínica de Glickman / Fermin A. Carranza ; trad. Por Laura Elías Urdapilleta, Enriqueta Ceron Rossainz. -- 7a. ed. -- México, Interamericana Mc Graw - Hill, 1990. 1067 p.
6. Catecismo del proceso de paz en Guatemala. Proyecto de Educación Cívica, ASC, Marzo - Octubre, 1994. Guatemala, Fundapaz, dic. 1994. 5p.
7. Centro de Investigación y Documentación Centroamericana. Violencia y contraviolencia: desarrollo histórico de la violencia institucional en Guatemala. Guatemala, Editorial Universitaria, 1980. 251p. (Mario López Larravé. Vol. 6).
8. De Toro y M. Gisbert. Diccionario Larousse Ilustrado. Buenos Aires, Larousse, 1996. 2670p.
9. Democracia con justicia social y proyecto alternativo. Guatemala, INCIDE, Julio 1996. 37 pp. (Serie proyecto Alternativo).
10. Durante Avellanal, C. Diccionario Odontológico. 2a. ed., Buenos Aires, Editorial Mundi, 1994. 990 p.
11. Fagianni Torres, M. Periodoncia: Unidades de aprendizaje independiente. Guatemala, Ediciones Superación, 1991. Pp. 93 - 96.
12. GAM y CIIDH. Quitar el agua al pez: análisis del terror en tres comunidades rurales de Guatemala (1980 - 1984). Guatemala, Editorial Estudiantil Fénix, 1996. 102 p. (Serie Cuadernos para la Historia).
13. García, L. J. M. y R. Quezada Toruño. Los derechos humanos y el proceso de paz en Guatemala. Guatemala, Serviprensa, 1996. 52 p.
14. Hernández, R. y E. Godoy. Adiós a las armas: Gobierno y URNG firman acuerdo de paz. -- Pp. 2 - 6. -- En periódico Prensa Libre (Guatemala). -- Año 46, No. 14686. (lunes, 30 de Diciembre de 1996).
15. 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).



16. Ingle, John Ide.-- Endodoncia / John Ide Ingle y Jerry F. Taintor ; trad. Por Jose Luis Garcia Martínez, J. Rafael Blengio Pinto, Alberto Folch Pi.-- 3a. ed.-- México : Nueva Editorial Interamericana, 1991. Pp. 530 - 531.
17. 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.
18. Katz, Simon.-- Odontología preventiva en Acción / Simon Katz, James L. Mc Donald, George K. Stookey ; trad. por Simon Katz. -- México : Editorial Médica Panamericana, 1975. pp. 30 - 40.
19. Kratochvil, F. James.-- Prótesis Parcial Removible / F. James Kratochvil ; trad. Por José Antonio Ramos Tercero.-- México : Interamericana 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. Cesar 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. ---.Cesar Montes: tres movimientos crearon las FAR.-- pp. 9.-- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4, (domingo, 23 de Febrero de 1997).
24. ----.El "Che" Guevara y Yon Sosa, grandes figuras en la guerra de guerrillas.-- p.11.-- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4, (sábado, 22 de Febrero de 1997).
25. ---.E. Guevara. Cesar Montes: Yon Sosa y Turcios Lima construyeron la guerrilla.-- p. 10 - 11 En periódico La República (Guatemala).-- Año 4, (lunes, 24 de Febrero de 1997).
26. Myers, George E.-- Prótesis de coronas y puentes / George E. Myers ; trad. por Guillermo Mayoral.-- 3a. ed.-- Barcelona : Editorial Labor, 1975. pp. 190 - 199.
27. Haz bien y no mires a quien.-- P.1.-- De revista Odontología Gráfica (Guatemala).-- Año 17, No. 202. (sábado, 1 de Marzo de 1997).
28. Prado, P. E. Comunidades de Guatemala. Guatemala, Impresos Herme, 1995. 136p.
29. Ramírez C., G. A. Apuntes de técnica operatoria. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria, 1989. 314p.
30. Saizar, Pedro.-- Prostodoncia Total / Pedro Saizar.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1972. 495p.
31. 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).
32. San Ramón, H. La democracia de las armas. México, Latinoamericana, 1994. 280p.
33. Seltzer, Samuel.-- Pulpa Dental / Samuel Seltzer, I. B. Bender ; trad. por José Antonio Ramos Tercero.-- México : El Manual Moderno, 1987. 370p.



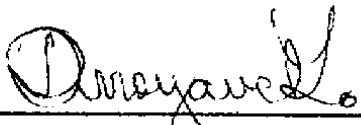
34. Shillingburg, Herbert T.-- Fundamentos de Prostodoncia Fija. / Herbert T. Shillingburg, Sumiya Hobo, Lowell D. Witsett ; trad. por Rodolfo Krenn.-- México : La prensa médica Mexicana, 1983. pp. 13 - 15.
35. Henderson, Davis.-- Prótesis Parcial Removible / David Henderson, Víctor L. Steffel ; trad. por Martin Horacio Edenberg.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1974. 468p.
36. Stewart, Kenneth L.-- Prostodoncia Parcial Removible / Kenneth L. Stewart, Kenneth D. Rudd, William A Kuuebker ; trad. por Jesus Sierraalta, Myrna Khayan B. Y Mena L. Valles.-- 2a. ed.-- Caracas : Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana , 1993.-- Pp. 1 - 20, 97-100, 117.
37. Taller de Homogenización de criterios para la atención de salud integral en la fase de desmovilización. Guatemala, URNG, 1997. 73p.
38. Tiempo de paz.-- P. 30.-- En periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala). Año 46, No. 14685. (lunes, 30 de Diciembre de 1996).
39. Un Quetzal.-- p. 16.-- En periódico Tinamit (Guatemala). Año 6, 2a. Epoca, 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, Área Médico Quirúrgica. Unidad de Cirugía. 60pp.

Vo. Bo.


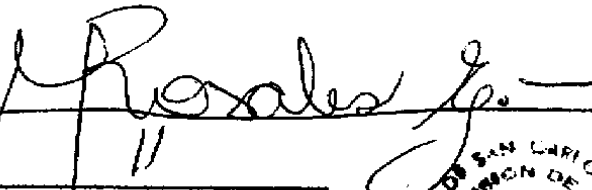


Firmas que autorizaron la aceptación del Informe Final

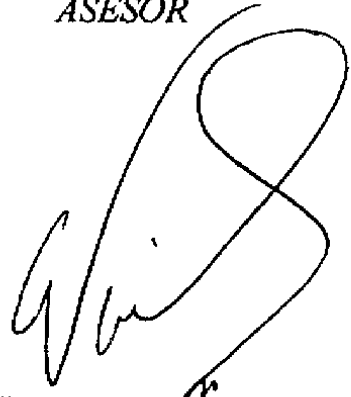

Arturo Eduardo Casillo Palma
SUSTENTANTE

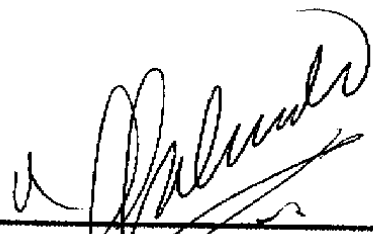

Dr. Danilo Arroyave
ASESOR


Dr. Rodolfo Soto
ASESOR


Comisión de Tesis
Dr. Guillermo Rosales




Comisión de Tesis
Dr. Estuardo Vaides

Imprimase: 
Dr. Carlos Alejandro Cerezo
Secretario

