

"DIAGNOSTICO Y ATENCION DE LA SALUD BUCAL DE LA  
POBLACION  
DESMOVLIZADA, DE EL CAMPAMENTO: FINCA CLAUDIA,  
GUANAGAZAPA, ESCUINTLA,  
EN LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA  
URNG A LA VIDA CIUDADANA."

TESIS PRESENTADA POR:

**JUAN IGNACIO ASENSIO ANZUETO**

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

**CIRUJANO DENTISTA**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1999

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
**Biblioteca Central**

Dk  
09  
T(1340)

II

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA

|                |                               |
|----------------|-------------------------------|
| Decano:        | Dr. Danilo Arroyave Rittscher |
| Vocal Primero: | Dr. Manuel Miranda Ramírez    |
| Vocal Segundo: | Dr. Luis Barillas Vásquez     |
| Vocal Tercero: | Dr. Cesar Mendizábal Girón    |
| Vocal Cuarto:  | Br. Guillermo Martini Galindo |
| Vocal Quinto:  | Br. Alejandro Rendón Terraza  |
| Secretario:    | Dr. Carlos Alvarado Cerezo    |

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

|                |                               |
|----------------|-------------------------------|
| Decano:        | Dr. Danilo Arroyave Rittscher |
| Vocal Primero: | Dr. Manuel Miranda Ramírez    |
| Vocal Segundo: | Dr. Rodolfo Soto Galindo      |
| Vocal Tercero: | Dr. Guillermo Ordoñez Mendía  |
| Secretario:    | Dr. Carlos Alvarado Cerezo    |

DEDICO ESTE ACTO

A JESUS

A MIS PADRES

Oscar Francisco Asensio Mármol  
Aracely Anzueto de Asensio  
Porque se que hoy se sienten llenos de  
orgullo, en especial a ti mami porque  
Soy lo que tu has querido que sea.

A MIS HERMANOS

Oscar José y Luisa María

A MIS ABUELOS

Oscar Ernesto Asensio del Valle  
Hilda Mármol de Asensio  
José Cirilo Anzueto Flores +  
Luisa Noriega de Anzueto +  
En especial a mi abuelo Oscar cuya imagen  
profesional ha sido una inspiración para  
seguir adelante.

A MIS PADRINOS

Dr. Oscar Ernesto Asensio del Valle  
Dr. Rodolfo E. Asensio Mármol  
Dr. Luis R. Asensio López  
Dr. Enrique Fuentes  
Dr. Carlos Alvarado Cerezo

A MIS AMIGOS

Gerson Galves, Lester Molina, José Aguilar  
Manolo Caravantes, Juan Carlos Villegas,  
Luis Miguel Pineda, Erick Hernández,  
Jorge Alfonso España, Ricardo Fuentes,  
Juan Francisco Ardavin, Julio Morataya,  
Manolo Garcia Murphy, David Cancinos,  
Rodrigo Prado.

A MI AMIGA

Marisol Casasola  
Por que eres un ejemplo de deseo de vida.

DEDICO ESTA TESIS

A Dios

A Guatemala

A La Universidad de San Carlos de Guatemala

A La Facultad de Odontología

A Mi Hermana

## HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado:  
**“DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION DESMOVILIZADA, DE EL CAMPAMENTO: FINCA CLAUDIA, GUANAGAZAPA, ESCUINTLA, EN LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA.** Conforme lo demandan los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, requisito final previo a optar al titulo de Cirujano Dentista.

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

Y a vosotros, distinguidos miembros de este honorable tribunal examinador aceptar mis mas altas muestras de consideración y respeto.

HE DICHO

**INDICE**

|  |    |
|--|----|
| SUMARIO.....                               | 1  |
| INTRODUCCION.....                          | 2  |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....            | 4  |
| JUSTIFICACION.....                         | 5  |
| REVISION LITERARIA.....                    | 6  |
| OBJETIVOS GENERALES.....                   | 42 |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS.....                 | 43 |
| VARIABLES.....                             | 44 |
| METODOLOGIA.....                           | 46 |
| PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS..... | 52 |
| CONCLUSIONES.....                          | 67 |
| RECOMENDACIONES.....                       | 69 |
| LIMITACIONES.....                          | 70 |
| ANEXOS.....                                | 71 |
| BIBLIOGRAFIA.....                          | 75 |

## Sumario

La presente investigación se llevo a cabo para conocer el estado de salud oral de la población de excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, que se desmovilizo después de la firma de la paz, en el campamento Finca Claudia, ubicado en Guanagazapa Escuintla, para poder establecer las necesidades de atención odontológica.

Se realizó el examen clínico al total de la población, desmovilizada en el campamento, y se clasificó y se priorizo según la severidad de su patología. El estado de salud oral de la población resulto ser bastante heterogénea, los excombatientes contaban con promotores de salud oral que los instruían en prevención, por lo que el estado de salud no era tan deplorable como se considero al inicio de la investigación.

La población estaba integrada por 226 personas, todos pertenecientes a las fuerzas regulares de la URNG, que operaba militarmente en la costa sur del país durante el conflicto armado.

Dada la situación de los excombatientes, se pensó que sus condiciones serian muy malas, pero los hallazgos encontrados reflejan un índice normal de caries y enfermedad periodontal que se podría catalogar, como normal dentro de la población guatemalteca.

Durante los dos meses periodo en el que se desmovilizo la población y se realizo este estudio, se diagnostico el 100% de la población de la ex-guerrilla y se dio tratamiento aproximadamente a un 60%, para lo cual se convivió en el campamento bajo las mismas condiciones de la población excombatiente durante el periodo de la misma.

En la presente se describen los resultados de las necesidades y tratamientos de un 33% de la población desmovilizada en el campamento Finca Claudia, posterior al cese al fuego y firma de la paz en Guatemala.

## Introducción

El 29 de diciembre de 1996, culmina con la suscripción del acuerdo de Paz firme y duradera entre la URNG y el Gobierno de Guatemala, un proceso de 10 años encaminado a dar fin al enfrentamiento armado interno en Guatemala, las partes firmaron acuerdos de carácter sustantivo sobre temas que incluyeron Los Derechos Humanos, la identidad y derechos de los pueblos indígenas, el reasentamiento de las poblaciones desarraigadas por el enfrentamiento armado, aspectos socioeconómicos, situación agraria, el fortalecimiento del poder civil y función del ejército en una sociedad democrática. (14)

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

Dentro de este acuerdo se contempla el Proyecto de Diagnóstico y Atención de Salud Integral, en la fase de desmovilización del plan de incorporación de URNG a la vida ciudadana, integrado por URNG, Ministerio de Salud Pública, Médicos del Mundo, Organización



Panamericana de la Salud –OPS-, Universidad Misionera del Pobre –UMP- y Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC- a través de la Facultad de Odontología. (31)

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

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

## **Planteamiento del Problema**

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

Teniendo antecedentes de parte de miembros de la URNG, que una de las tres mayores necesidades de salud de la población a ser desmovilizada es odontológica y tomando en consideración que esta comunidad estuvo excluida de los servicios mínimos de salud pública necesarios, este trabajo esta encaminado esencialmente a describir las condiciones de salud o patología bucal y a tratar de establecer las necesidades odontológicas y prestar algún tipo de tratamiento en la población desmovilizada de la URNG.

## Justificación

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

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

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

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

## Revisión de Literatura

### ANTECEDENTES HISTORICOS:

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

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

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

La intentona del 13 de Noviembre de 1960 había sido organizada por una tendencia conspiradora de oficiales, subalternos y superiores llamada la “**Logia del Niño Jesús**” y que en un principio abarcaba cerca de 400 oficiales. Las motivaciones para la conspiración parecen haber sido las siguientes:

- A. - **Descontento por razones internas:** con relación a las políticas del entonces Ministro de la Defensa Nacional, disgusto por corrupción y descuido en diversas ramas de la administración militar.
- B. - **Descontento por razones externas:** los militares se resentían de los preparativos para la invasión a Cuba, que desarrollaba la brigada de exiliados Cubanos llamada “**2506**” en los terrenos de la finca **Helvetia** en Retalhuleu. Esto último se explica si se recuerdan los

condicionantes de la ideología militar: soberanía nacional, no existencia de otros cuerpos armados en el país.

C. -Descontento contra el gobierno de General Idígoras 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.

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

Los cabecillas convencen a grupos políticos entre ellos el Partido Guatemalteco de Trabajo, -PGT-, O PARTIDO COMUNISTA y otros grupos de poder para participar con ellos.

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

Simultáneamente surgen otros intentos golpistas como el del Exministro de la Defensa en tiempo de Jacobo Arbenz, Carlos Paz Tejada, efectuado en Concua, Baja Verapaz; y el de un hermano de Yon Sosa, sin embargo ambos fracasan en sus intentos. (24,25,38) Después de la Caída de Arbenz Guzmán los partidos pequeño-burgueses de la revolución de Octubre desaparecieron de la arena política subsistiendo únicamente el Partido Comunista de Guatemala

Denominado Partido Guatemalteco del Trabajo -PGT-, expresión de política de los trabajadores asalariados del campo y la ciudad y de los campesinos pobres. El -PGT- actuando en la clandestinidad y sometidos a una intensa y permanente persecución, habían mantenido una actividad basada en impulsar la reorganización de los sectores populares y 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 Concuca , Baja Verapaz que había de operar bajo el nombre de 20 de Octubre.

El golpe militar del 30 de Marzo de 1963 instaura un gobierno militar precedido por el Ministro de la Defensa, Coronel Enrique Peralta Azurdia de características autoritarias. Este golpe pretendía resolver las contradicciones que tenían entre si las facciones de la clase dominante y enfrentar el cuestionamiento que provenía de las clases populares. (7)

Según César Montes, uno de los errores de Peralta Azurdia fue el enfrentar a la guerrilla de aquel entonces, tuvo aciertos y mantuvo combate contra la corrupción y estableció el aguinaldo pero comenzó a combatir a los del 13 de Noviembre después de derrocar a Idígoras. El movimiento guerrillero inicia en 1963 cuando Peralta Azurdia había derrocado a Idígoras, entonces se inició la lucha contra Peralta Azurdia y en esos tres años esta creció. (22)

Los insurgentes formaron 6 agrupaciones en diferentes épocas:

- El Partido Guatemalteco del Trabajo –**PGT**- fundado en 1949.
- El Movimiento Revolucionario 13 de Noviembre –**MR-13**-, 1961.
- Fuerzas Armadas Rebeldes o –**FAR**- fundada en 1962 por Pablo Monsanto.
- Organización del Pueblo en Armas –**ORPA**- fundada en 1972 por Rolando Morán.
- Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca –**URNG**- fundada en 1980 (6).

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

**Políticos:** La guerrilla se planteó fundamentalmente como un movimiento militar de orientación socialista, políticamente representado por -**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 trostkista de la IV Internacional la cual influye en el frente guerrillero de Yon Sosa, por medio de Francisco Amado, por eso dicho comandante se separó de -**FAR**- y continuó operando independientemente con el nombre de Movimiento Rebelde 13 de Noviembre. (7)

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

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

Los años que van de 1968 al 73 señalan un mantenimiento del terror y del declive de la guerrilla. Las **-FAR-** realizaron dos intentos de retomar la iniciativa, el primero llamado la Concentración de 1968, que intentó reunir los restos de los grupos diezmados para abrir un nuevo frente, esta vez en la zona selvática del norte del país. En 1968 y 69 las columnas guerrilleras se internaron en la selva tropical, que separa el norte de los departamentos de Alta Verapaz y Quiché, del Petén. En la segunda intentona de 1971-72 las columnas guerrilleras permanecieron algunos meses en la selva realizando operaciones de hostigamiento, como la captura del campamento militar de Las Tortugas y eludiendo las patrullas militares enviadas en su contra, en esa intentona murió el último militar que pertenecía a las **-FAR-**, Teniente Rodolfo Chacón. (7)

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

En el período de la Presidencia del General Kjell Eugenio Laugerud García (1974-78) no se repitió el esquema de olas de terror aunque sí se produjeron asesinatos selectivos, como las del abogado laborista Mario López Larrave, del Secretario General del **-PGT-**, Humberto Alvarado, así como hechos de violencia regionales en Ixcán al norte del Quiché, como parte de las medidas contra las operaciones de la guerrilla del **EGP-** y de Chiquimula. (7,12)

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

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

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

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

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

En 1983 Efraín Rios Mont es derrocado y asume el poder el General Oscar Humberto Mejía Victores, convocando a una Asamblea Constituyente para elaborar una nueva Constitución Política de la República y programa elecciones generales para 1985.

En 1985 se constituyó la Comandancia General de la URNG y se dieron a conocer las tesis de la unidad de fuerzas revolucionarias. En 1986 ante los sucesivos fracasos para lograr la estabilidad del país, él ejército se vio obligado a impulsar una nueva estrategia con fachada civil con la cual se propuso nuevamente neutralizar el movimiento revolucionario y asilarlo tanto a nivel de la población como a nivel internacional.

Paralelamente impulsó una campaña político-diplomática que basada en su estrategia política pretendía aislar al movimiento revolucionario. Esta maniobra aperturista contó con el apoyo reforzado de países como Israel y Taiwan, los que han estado presentes en todo el modelo contrainsurgente, pero en ese momento jugaron un papel principal dentro de la guerra política.

En 1986 toma posesión Vinicio Cerezo Arévalo, siendo el primer presidente electo de forma transparente comenzando a negociarse con la insurgencia poniendo como condición que depusieran las armas,



llevándose a cabo la primera reunión en **El Escorial** bajo la observancia del Gobierno de España, y el Embajador de Guatemala, Danilo Barillas.

En 1987 hubo un primer encuentro entre delegaciones de la URNG y el Gobierno, efectuándose en Madrid, España. La mediación de la Comisión Nacional de Reconciliación –**CNR**– precedida por Monseñor Rodolfo Quezada Toruño y asesorada por los ciudadanos notable Teresa Bolaños de Zarco y Mario Permunth logra la firma del acuerdo para la búsqueda de la Paz, por medios políticos. (13,38)

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

**1. - El proceso de Contadora:**

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

**2. - La negociación indirecta comprende:**

- 2.1. Primera reunión de presidentes de C.A. Esquipulas I, el 15 de Mayo de 1986.
- 2.2. Procedimiento para establecer la paz firme y duradera en Esquipulas II el 7 de Julio de 1987.
- 2.3. Garita de Alajuela, evaluar la amnistía y democratización el 16 de Julio de 1988.
- 2.3. Comisión Nacional de Reconciliación –**CNR**– y diálogo nacional el 7 de Noviembre de 1988.
- 2.5. Comisión Nacional de Reconciliación –**CNR**– logra que Gobierno y URNG firmen el Acuerdo de Oslo (paz por medios políticos), el 30 de Marzo de 1990.

**\* Nota:** 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. Metepec o Instancia Sindical y Popular en octubre de 1990.
- 3.5. Atlixco o Instancia Académica, Profesional y Pequeña Empresa en octubre de 1990.

**4. - La Negociación Directa Comprende:**

- 4.1 El Presidente Serrano Elías presenta su plan de Paz Total a la ONU, enero 1991.
- 4.2. Gobierno y URNG acuerdan la agenda y el procedimiento para desarrollar la negociación, abril 1991.
- 4.3. URNG y Gobierno firman el Acuerdo Marco para la búsqueda de una paz total por medios políticos, **ACUERDO DE QUERETARO**, junio 1991.
- 4.3. URNG propone el documento: La paz Justa y Democrática, Contenido de la Negociación, mayo 1993.
- 4.5. Gobierno propone documento: La Paz no es solo la ausencia de guerra sino la creación del conjunto de condiciones que le permitan al hombre vivir sin angustias ni temores, junio 1992.

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

- 5.1. Acuerdo Marco para la reanudación del proceso de negociación entre el Gobierno y la URNG, México enero 1994.
- 5.2. Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, México, marzo 1994.
- 5.3. Acuerdo de calendarización de las negociaciones para una paz firme y duradera en Guatemala, México, marzo 1994.
- 5.4. Acuerdo sobre el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, Oslo, junio 1994.
- 5.5. Acuerdo sobre la creación de la comisión para el esclarecimiento histórico de las violaciones a los derechos humanos y a los hechos de violencia que han causado sufrimiento a la población guatemalteca, Oslo, junio 1994.
- 5.6. Acuerdo sobre Identidad y derechos de los Pueblos Indígenas, México, 31 de Marzo de 1995.

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

- 6.1. Temario de negociación.
- 6.2. Moderación de las negociaciones bilaterales.
- 6.3. \* Asamblea de la Sociedad Civil (ASC).
- 6.4. Papel de los países amigos (Colombia, USA, México, Noruega y Venezuela.)
- 6.5. Procedimientos.
- 6.6. Mecanismos de verificación.

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

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

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

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

**2. - El acuerdo de Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el enfrentamiento Armado comprende:**

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

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

- Finalidades.
- Integración.
- Compromiso de las partes.
- Medidas de ejecución inmediata después de la firma del presente acuerdo.
- Período.
- Funcionamiento instalación y duración.
- Informe.
- Verificación Internacional.

**4. - El acuerdo sobre identidad y derechos de los pueblos indígenas comprende:**

- Identidad de los pueblos indígenas.
- Lucha contra la discriminación.
- Lucha contra la discriminación legal y de hecho.
- Derecho de la mujer indígena.
- Instrumentos internacionales.
- Derechos culturales.
- Idioma.
- Nombres, apellidos y toponimia.
- Espiritualidad.
- Templos, centros ceremoniales y lugares sagrados.
- Uso de traje.

- Ciencia y tecnología.
- Reforma educativa.
- Medios de comunicación masiva.

**Derechos civiles, políticos, sociales y económicos:**

- Marco constitucional.
- Comunidades y autoridades indígenas locales.
- Regionalización.
- Participación a todos los niveles.
- Derecho consuetudinario.
- 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.
- 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:**

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

(1,2, 6,9,13,15,20,23)

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

Entre los Acuerdos se incluye la salud, y las partes coinciden en la necesidad de impulsar una reforma del sector nacional de salud. Dicha reforma debe ser orientada hacia el efectivo ejercicio por la población del derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna y el efectivo desempeño por el estado, dotado de los recursos necesarios, de sus obligaciones sobre la salud y asistencia social.

(1)

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

La fase de desmovilización se pensó para que en un plazo de 60 días a partir del denominado “Día D”, los excombatientes concentrados y desarmados en 8 campamentos, cuya ubicación fue seleccionada por la comandancia de URNG y la de MINUGUA de acuerdo con las áreas de acción del grupo desmovilizado. Para ello se programó que un tercio de los excombatientes abandonara los campamentos en cada uno de tres periodos: del día “D+3” al día “D+48”; del día “D+49” al día “D+54”; del día “D+55” al día “D+60” (Acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego, art. 28).

Como resultado de la negociación fue fijado específicamente el día 3 de Marzo de 1997 como “Día D”, con lo que la fase de desmovilización había de concluir el 3 de Mayo de 1997 (31).

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

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

El 29 de Diciembre de 1996 con la presencia de los Jefes de Estado, **Armando Calderón Sol** (El Salvador), **Roberto Reina** (Honduras), **Violeta Chamorro** (Nicaragua), **José María Figueres** (Costa Rica), **Ernesto Pérez Valladares** (Panamá), **Ernesto Zedillo** (México), **Rafael Aznar** (Jefe del Gobierno Español), y Ministros del Gobierno; como Testigos de Honor, el Presidente de la República **Alvaro Arzu Irigoyen**, los Comandantes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca –URNG- suscribieron el Acuerdo de Paz Firme y Duradera, que pone fin al conflicto armado de 36 años, durante una ceremonia celebrada en el Palacio Nacional (14,16)

En medio de la algarabía que se vivió en el Parque Central, el Presidente de la República Alvaro Arzu, acompañado del Comandante Guerrillero Rolando Morán, encendieron al pie de la Bandera Nacional la llama de la Paz, que simbolizó el fin del conflicto armado en el país.

Después del 29 de diciembre solo habrá concluido una etapa del proceso de pacificación, la negociación, la vía política que se eligió para ponerle fin al enfrentamiento armado interno. A partir

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

La Comisión de Salud estaba integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca –URNG-, la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-FO-, Unión Europea –UE-, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos –USAID-, Médicos sin Fronteras Francia –MSF-F-, Médicos del Mundo España –MDM-E, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud –OPS/OMS-, que juntos conformaban: **La comisión Multisectorial para Prestación de Servicios de Salud Integral en la Fase de Desmovilización e Incorporación de URNG a la vida Ciudadana.** (31)

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

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

**PRIMERO: PARTICIPACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA EN EL PROGRAMA EXTRAORDINARIO DE SALUD, DERIVADO DE LOS ACUERDOS DE PAZ:** La Junta Directiva tomando en consideración lo resuelto por el Consejo Superior Universitario en el Punto Décimo Noveno del Acta No. 29-96 de su sesión celebrada el día 27 de noviembre de 1996 y de acuerdo con la recomendación del Consejo Académico de esta Facultad, acordó:

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



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

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

**Los Odontólogos practicantes que optaron por esta son:**

O.P JUAN CARLOS VILLEGAS  
 O.P MARÍA DEL ROSARIO BATRES  
 O.P LUIS PAREDES  
 O.P CAROLINA ARANGO  
 O.P MARCIA ROULET  
 O.P ADRIÁN ALVARADO  
 O.P RUBEN SAGARMINAGA  
 O.P MARÍA MONZÓN  
 O.P LUISA RAMÍREZ

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

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

|                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| O.P JUAN IGNACIO ASENSIO ANZUET O | O.P MILDRED TATIANA HERRERA ESPAÑA |
| O.P ARTURO CASTILLO               | O.P VANESSA KARLA PAOLA NOGUERA    |
| O.P LIDIA WALESKA TEJAXUN CAMPOS  | O.P NEYDA YESENIA ZULETA BONILLA   |
| O.P LESTER MOLINA                 | O.P SANDRA AGUILAR                 |
| O.P. DELITA TONTI                 | O.P BYRON OLIVAR                   |
| O.P JULIO ANLEU                   | O.P JOSE JUAREZ                    |
| O.P RUDY RAMIREZ                  | O.P. SARA SANDOVAL                 |
| O.P CESAR ROULET                  | O.P CLAUDIA BARRIENTOS             |
| O.P RUDY IXCARAGUA                | O.P JOSE CARRANZA                  |

O.P DEMETRIO LOPEZ  
 O.P MARIO MEDINA  
 O.P PATRICIA CAMPBELL  
 O.P LEONEL SINAI  
 O.P MARIO ILLESCAS  
 O.P. CARLOS MOGOLLON

O.P DAVID BATRES  
 O.P FREDY HERNANDEZ  
 O.P MARIO DE LEON  
 O.P JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ  
 O.P WAGNER MONTERROSO  
 O.P LUIS CARLOS HERRERA

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

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

Durante la fase de desmovilización se tiene contemplada la atención integral de salud a los Combatientes y militantes concentrados en los diferentes campamentos de desmovilización. El Plan de Diagnóstico y Atención Integral de Salud contempla los programas de:

**Vigilancia Epidemiológica y Saneamiento Ambiental:**

- Vacunación (Sarampión y Tétanos).
- Desparasitación (sistemáticas 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.

**Programa de Atención Médica:**

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

**Programa de Salud Mental:**

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

**Programa de Salud Bucal:**

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

**RESPONSABILIDADES ASUMIDAS EN EL PLAN POR LA DIFERENTES INSTITUCIONES PARTICIPANTES:**

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

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

- ⇒ Facilitar la cooperación de 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 en el ámbito local.
- ⇒ Desarrollar el componente de salud mental.

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

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

## **4. - Medicos del Mundo España –MDM-E-:**

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

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

## DESCRIPCIÓN DE LOS 8 CAMPAMENTOS:

### 1. - Campamento Sacol, Nuevo Chahal, Alta Verapaz:

- Datos Generales:
- Nombre: Finca Sacol
- Situación: 15° 52'60" N-89 24'930"W/BN 4256.
- Frente de Concentración: FAR. Regional Norte, Capitán Hernandez, Frente Lucio Ramírez y Frente Panzos Heroico.
- Numero 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 Kilometros)
- 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 arboles de distintos tipos.

⇒ **Rios:**

“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 utilizaran 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 solo Kekchi.
- Un 90% son analfabetas.

⇒ **Material del que esta 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 medica y odontología es de madera y techo de palma.

⇒ **Alimentación:**

esencialmente es a base de frijol, arroz y café.

- En el campamento existen 5 compañías cada una con un Capitán los cuales son dirigidos por el Comandante del campamento. Fuera del campamento a 2 Km. Se encontraba el Campamento de MINUGUA. (21,31)

**2.- Campamento Mayaland Ixcán El Quiché:**⇒ **Ubicación del lugar:**

- Aproximadamente 2.5 Km de la población de Mayaland.
- Coordenadas: 15°56'361"N-91°04'061"W
- Grupo Guerrillero: Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP-.

⇒ **Numero de excombatientes: 430**

356 hombres

58 mujeres

16 niños

⇒ **Clima:**

cálido y lluvioso, terreno quebrado selvático

⇒ **Tipo de Edificación:**

techo de lamina de zinc, aislantes de cartón, sin paredes con cortinas de nylon enrolladas.

⇒ **Topografía general de la zona:**

Ubicación en la confluencia de dos pequeños ríos, donde se forma un valle rodeado de dos pequeñas elevaciones desde donde se domina una gran parte del área que será destinada para el campamento.



- En general la tierra es bastante compacta y firme.
- Se aprecian dos explanadas bastante despejadas de arboles con terreno firme y compacto.
- El punto se encuentra a nivel de la carretera, quedan expuestas la visión directa de dos explanadas, donde será el campamento.

⇒ **Accesos:**

- Desde la población de Playa Grande (Cantabel), recorriendo una distancia de aproximadamente 40.4 Km
- Hay una pista de aterrizaje en la comunidad de Mayaland

⇒ **Tomas de agua:**

- Dentro del área se encuentran dos ríos: Pescado y Jordán. (21,31)

**3.- Campamento Tzalbal, Nebaj:**

⇒ **Ubicación del lugar:**

Cercanías de la aldea Tzalbal

⇒ **Coordenadas:**

15°27'35"N-91°12'52"W

⇒ **Grupo guerrillero:**

Ejercito Guerrillero de los Pobres -EGP-

⇒ **Topografía en general:**

- Zona montañosa, situada en la cordillera de los Cuchumatanes 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 lamina de zinc, madera contrachapeada, para forro de paredes, aislante de duroport. (21.31)

**4. - Campamento Tululche I y II, Quiche:**⇒ **Coordenadas:**

15°02'21"N-91°01'40

⇒ **Grupo Guerrillero:**

Ejercito Guerrillero de los Pobres -EGT-

⇒ **Numero de excombatientes: Tululche I: 267**

185 hombres

52 mujeres

30 niños

**Tululche II: 258**

211 hombres

36 mujeres

11 niños

⇒ **Descripción topográfica del área en general:**

Zona de montaña.

Situado dentro del denominado triángulo Ixil.

⇒ **Descripción topográfica del punto:**

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

⇒ **Clima:**

Templado, noches frias, lluvias frecuentes

⇒ **Vías de Acceso:**

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

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

⇒ **Tipo de edificación:**

Techo de lamina de zinc, madera contrachapeada para forro de paredes, aislantes de duroport. (21,28,31)

**5- Campamento Finca Las Abejas, Colomba Costa Cuca, Quetzaltenango:**⇒ **Grupo Guerrillero:**

Organización Revolucionaria del Pueblo en Armas -ORPA-

⇒ **Numero de Combatientes: 250**

191 hombres

43 mujeres

16 niños

⇒ **Descripción topográfica:**

-Prácticamente toda el área esta situada en un terreno plano, en las orillas de la carretera

-Colomba-San Juan Ostuncalco.

-Aproximadamente de 700x60m. Extensión.

⇒ **Clima:**

- templado, frecuentes lluvias.

⇒ **Tipo de edificación:**

- techo de lámina de cinc, aislante de cartón, sin paredes, con cortinas de nylon enrolladas.

⇒ **Poblaciones cercanas:**

- Colomba Costa Cuca a 11kms.
- San Martín Sacatepequez a 10 Km
- San Juan Ostuncalco a 16 km.
- Quetzaltenango a 32 Km
- Coatepeque a 30 Km

**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 esta situado 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 (21.31)

### **7. - Campamento Finca Claudia, Guanagazapa, Escuintla:**

#### **⇒ Grupo guerrillero:**

Frente Unitario -FU-, Columna perteneciente a la Organización del Pueblo en Armas -ORPA-.

#### **⇒ Numero de Excombatientes: 226**

187 hombres

29 mujeres

10 niños

#### **⇒ Descripción topográfica del área:**

- Zona de montaña media, situada entre el eje volcánico y la llanura costera del Pacífico.
- El campamento seleccionado esta a una altura de 240 m, posee una área aproximadamente de 300x300 m.

#### **⇒ Tipo de Edificación:**

Techo de lámina de zinc, aislantes de cartón, sin paredes con cortinas de nylon enrolladas.

#### **⇒ Distribución y Servicios:**

- El campamento constaba de 28 construcciones de las cuales 11 estaban destinadas para usarse como dormitorios de los miembros de la URNG.
- 2 galeras destinadas como vivienda para los miembros del E.S.I.
- 3 utilizadas como comedores.
- Las bodegas de la Cruz Roja Española, así como la Clínica Médica y Dental eran las únicas que tenían piso de cemento.
- Las 2 restantes galeras destinadas una para la Comandancia del Campamento y la otra para la Biblioteca.

- También contaba con tres construcciones en las cuales se encontraban ubicadas pilas y regaderas.
- Tres destinadas para letrinas
- Una destinada para los observadores de MINUGUA, y situado al lado de ésta, otra construcción destinada como contenedor de las armas entregadas por la URNG.
- El campamento estaba delimitado y así mismo sellado por órdenes de la ORGANIZACIONES DE NACIONES UNIDAS para evitar de esta forma el ingreso de personas ajenas al campamento y la salida de los miembros de la URNG.
- Al norte del campamento a unos 200 mts. se situó el Campamento Madre de MINUGUA.

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

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

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

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

La galera destinada para las clínicas estaba construida de madera y techo de lámina. Sus dimensiones eran de 20 mts. de frente x 6mts. de ancho en las cuales habían cinco divisiones y estaban distribuidas de la siguiente forma: dos módulos utilizados para clínicas médicas, un módulo utilizado para área de encamamiento, un cuarto módulo para clínica dental en la cual se encontraban cuatro sillones dentales de los cuales dos contaban con unidad y lámpara dental utilizados para los tratamientos operatorios y

los dos restantes utilizados para exodoncia y tratamientos periodontales. El módulo restante utilizado como bodega de almacenaje de medicamento y materiales dentales.

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

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

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

La **CRUZ ROJA ESPAÑOLA** estuvo a cargo de la distribución de todos los implementos de higiene personal, utensilios para alimentación (un plato plástico, un vaso, una cuchara y una olla de peltre). Así mismo se encargaron de suministrar la alimentación al campamento la que constaba de arroz y frijol cocido en los tres tiempos de comidas y una vez por semana se suministraba pollo cocido o carne de res cocida acompañado de papas y repollo también cocido.

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

La Comandancia del campamento estaba a cargo de un Comandante y dos Sub Comandantes.

#### ⇒ **Clima:**

Caliente y húmedo. Durante los dos meses de la fase de desmovilización el calor fue sofocante y la falta de lluvia y de vegetación en las áreas cercanas al campamento acompañado de fuertes vientos provocaron constatemente grandes nubes de polvo.

Solamente llovió en dos ocasiones en las que la cantidad de lluvia y la falta de previsión en la edificación del campamento provocaron inundaciones y acumulaciones de lodo en los dormitorios y comedores.

⇒ **Vías de acceso:**

-Solamente una vía de acceso por la Carretera Internacional del Pacífico que conduce a la Ciudad Pedro de Alvarado, frontera con El Salvador a la altura del Km. 86 en la entrada del camino que lleva a la Hidroeléctrica AGUACAPA.

-10 Kms. en camino de terracería transitables solo por vehículos de doble transmisión.

⇒ **Poblaciones cercanas:**

- Escuintla esta a 37 Km, por carretera.
- Taxisco esta a 30 Km, por carretera.
- La comunidad más cercana es La Unión a 4 Km (21,31)

**CONFORMACION DEL EQUIPO DE SALUD INTEGRAL (E.S.I.)**

El equipo de salud integral estaba integrado por diez personas de distintas instituciones las cuales tenían a su cargo diversas labores, siendo esta distribución de la siguiente manera:

- ◆ Dos médicos, uno de **URNG** quien tenía a su cargo dirigir a todo el equipo de Salud Integral, y; otro de **MEDICOS DEL MUNDO ESPAÑA** quien se encargaba de la distribución de medicamentos.
- ◆ Un promotor de salud oral de **UNIVERSIDAD MISIONERA DE LOS POBLES -UMP-** cuya labor era de Asistente Dental. Se hace notar que este miembro se ausentó del campamento durante un mes.
- ◆ Dos promotores de salud de **URNG** que coordinaron con los médicos y odontólogos practicantes la asistencia y el control de citas de la población.
- ◆ Cuatro odontólogos practicantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala a cargo del Programa de Salud Bucal.



- ◆ Un técnico de **MEDICOS DEL MUNDO ESPAÑA** a cargo del transporte y mantenimiento del equipo.

**UBICACIÓN DE LOS CAMPAMENTOS**

1. MAYALAND
2. TZALBAL
3. TULULCHE I y II
4. SACOL
5. LAS AB EJAS
6. PARCELAMIENTO LOS BLANCOS
7. FINCA CLAUDIA



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

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

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

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

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

**GINGIVITIS:** La gingivitis (inflamación de la encía) es la forma más frecuente de la enfermedad gingival.

En todas sus formas esta presente la inflamación porque la placa bacteriana que la produce y los factores irritantes que favorecen su acumulación, suelen presentarse en el medio gingival.

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

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

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

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

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

Entre otros tipos de enfermedad gingival están:

1. Gingivitis ulcerosa necrosante aguda
2. Gingivoestomatitis herpética aguda
3. Gingivitis alérgica
4. Muchas dermatosis inducen tipos característicos de enfermedad gingival
5. Gingivitis condicionada por factores sistémicos
6. La reacción gingival a una variedad de agentes patológicos produciendo agrandamiento
7. En la encía pueden aparecer distintos tumores benignos y malignos (5).

#### **OPERATORIA DENTAL:**

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

#### **CARIES DENTAL:**

Es una degeneración progresiva y localizada en los dientes, que se inicia por desmineralización superficial de los tejidos duros debido a los ácidos orgánicos, como el ácido láctico elaborado por los microorganismos de la placa bacteriana entre los que están: micoplasma, lavaduras, protozoarios, virus en diferentes proporciones, estreptococcus mutans, colonias cocos, s. Sanguis, especies de lactobacillus, actinomyces viscosus, streptococcus salivarius, actinomyces naeslundii, bacteroides y espiroquetas (10,33).

#### **PROTESIS TOTAL:**

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

1. Están indicadas;
2. Cuando existen maxilares sanos, relaciones intermaxilares normales
3. Estado general satisfactorio
4. Cuando por medio de cirugía se pueden llegar a obtener un reborde adecuado
5. Ausencia de estomatitis u otras patólogas agudas o crónicas

#### **PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE:**

Es la rama de la prótesis dental que se dedica al reemplazo de los dientes perdidos y de los tejidos que lo rodean a través de la utilización de piezas y tejidos presentes, mediante la planeación, diseño y construcción de prótesis que serán removidas por el paciente, contribuyendo de esta manera al confort y estética del paciente, siendo sus indicaciones: 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 de hueso del reborde residual, necesidad de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción. (19,35,36)

#### **EXTRACCIÓN DENTARIA:**

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

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

#### **PROTESIS FIJA:**

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

## PREVENCION Y EDUCACION EN SALUD BUCAL

La prevención en la Odontología se constituye de tres grupos importantes los cuales se encuentran subdividido en 5 niveles específicos:

### *Prevención Primaria:*

PRIMER NIVEL: Promoción de la salud, comprende todas aquellas medidas enfocadas directamente a mejorar la salud de un individuo.

SEGUNDO NIVEL: Protección específica, comprende todas las medidas preventivas para evitar la aparición o recurrencia de una enfermedad en particular.

### *Prevencion Secundaria*

TERCER NIVEL: Evidencia de una enfermedad, esta debe ser tratada en las primeras etapas del período clínico ya que las afecciones se hayan en un estado inicial y se deben corregir los posibles factores predisponentes.

### *Prevencion Terciaria*

CUARTO NIVEL: Limitación de la incapacidad, incluye medidas que tienen como fin limitar el grado de incapacidad producida por una enfermedad en etapas avanzadas y que conlleve a daños irreversibles.

QUINTO NIVEL: Rehabilitación, abarca tanto rehabilitación física, como rehabilitación sicosocial a causa de la severidad de una enfermedad. (18)

## **OBJETIVOS GENERALES**

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



## OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

## VARIABLES

### DEFINICIONES DE VARIABLES:

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

### INDICADORES DE LAS VARIABLES:

- 1. SEXO** Por observación, sobre la base de las características físicas generales de cada sexo, diferenciándolas entre masculino y femenino.
- 2. EDAD** Se anotará lo que el entrevistado refiera en años cumplidos hasta la fecha actual.

**3.DIAGNOSTICO** Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico será anotada aquí, basado en la inspección, palpación y sondeo periodontal, determinando así la presencia de caries dental, enfermedad periodontal, necesidades de exodoncia y presencia de espacios edéntulos determinando así la restauración o el tipo de prótesis que se requiera (prótesis fija, prótesis total y prótesis removible), clasificando a los pacientes según necesidades o severidad de dolor dental e inflamación gingival, en rojo, amarillo, verde o blanco.

**4.ETNIA** Se clasificará a los pacientes como: indígenas y ladinos, de acuerdo al grupo étnico al que pertenezcan.

## METODOLOGIA

### **POBLACION:**

El estudio se realizó con la población general de excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), concentrados en el campamento Claudia, durante el período de desarme y desmovilización.

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

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

**DATOS GENERALES:** los cuales se obtuvieron interrogando al paciente sobre: nombre, edad, sexo, escolaridad, etc.

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

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

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

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

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

Parámetros para la realización del diagnóstico:

### 1. *Periodoncia*

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

El I.N.C.T.P. está diseñado para medir directamente que porcentaje de un determinado grupo cronológico requiere tratamiento complejo, detartraje o enseñanza de higiene bucal. Con el índice no es significativo utilizar diversos números codificados para calcular los valores promedio en las personas o poblaciones.

El registro de los códigos del I.N.C.T.P. se puede hacer en apenas tres minutos, el método es práctico para la determinación preliminar de la necesidad de tratamiento periodontal, durante la discriminación inicial del estado de salud bucal en una población, para la planificación del tratamiento también es esencial saber, si las bolsas profundas están ubicadas en un mismo sextante o en cuatro sextantes distintos.

Después del tratamiento el I.N.C.T.P. vuelve a ser útil, para vigilar el mantenimiento de la salud periodontal.

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

Toda dentición se divide en seis segmentos, como unidades básicas de examen para el registro de las necesidades de tratamiento. Para que participe en el registro el sextante

debe de tener por lo menos 2 dientes en función. Si existe solamente un diente su registro se incluirá en el sextante adyacente.

Para esta encuesta epidemiológica se examinaron 12 piezas:

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

Se utilizó un código numérico de 0 a 4:

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

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

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

Para la recolección de datos del índice periodontal se utilizó un espacio de la ficha de recolección de datos general, solamente se le agregó el número de pieza a sondear ubicándolo sobre el odontograma de la ficha y al pie de éste las anotaciones de cambio de color, presencia de cálculos, exudado y el sondeo.

## **2. Caries:**

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

## **3. Exodoncia**

Se tomó en cuenta la destrucción dentaria de 2 o más superficies dentales, movilidad excesiva, restos radiculares, traumatismos, dolor severo y espontáneo o caries profunda al momento de realizar una cavidad que produzca exposición pulpar

## **4. Prótesis**

**Prótesis fija:** se indicó en las arcadas parcialmente desdentadas, de una o más piezas, con una unión rígida intermedia. Indicada en piezas sanas periodontalmente o espacio edéntulo unilateral, corto y recto.

**Prótesis Removible:** se indicó cuando el espacio desdentado no se encuentre limitado en ambos extremos por dientes, espacios edéntulos, largos.

**Prótesis Total:** cuando una o ambas arcadas se encuentren totalmente desdentadas o las piezas o restos radiculares están indicados para extracciones múltiples.



## **CRITERIOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES 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 la siguiente manera:

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>ROJO:</b>     | Caso urgente de tratamiento inmediato.             |
| <b>AMARILLO:</b> | Caso con algunas urgencias de tratamientos.        |
| <b>VERDE:</b>    | Con patología a tratar en etapa posterior.         |
| <b>BLANCO:</b>   | Piezas sin caries ni patología de tejidos blandos. |

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

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

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

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

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

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

## PRESENTACION DE RESULTADOS

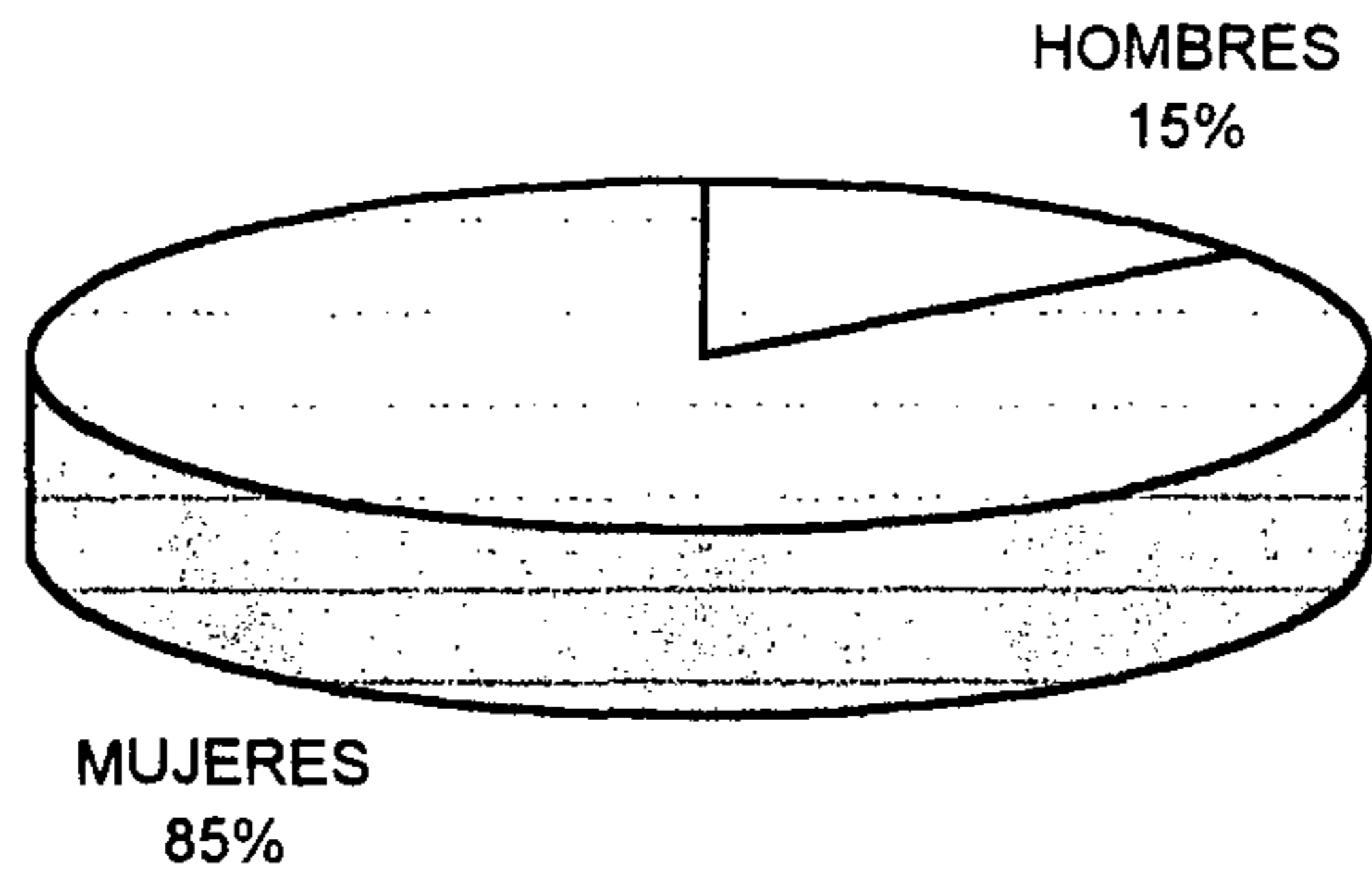
La población evaluada en el Campamento Finca Claudia, fue dividida en tres grupos, siendo de 72 individuos a los que corresponde este trabajo de campo, evaluándoseles según los parámetros antes mencionados. Es de hacer notar que de 72 personas únicamente una no accedió a ser evaluado clínicamente y sus datos sólo están incluidos en lo referente a edad, sexo, escolaridad, etnia e historia médica anterior.

La población fue citada en grupos de tres para llevar a cabo la entrevista inicial así como su examen clínico y al mismo tiempo atender las emergencias que pudiesen surgir. Luego de catalogarse según los criterios diagnósticos, se trasladaba a la Comandancia del Campamento la lista de los pacientes a tratar con un día de anticipación, con el fin de llevar un control estricto y ordenado de la población, ya que ésta se encontraba ordenada por pelotones y de esta manera se evitaba que las actividades por pelotón dentro del Campamento no fueran traslapadas con el Programa de Salud Integral o por lo menos se pudiera avanzar un poco en lo que a Odontología se refiere.

Los datos obtenidos luego de haber sido extraídos de las fichas clínicas sin haber tomado en cuenta nombres y seudónimos por seguridad interna de la URNG fueron tabulados y se presentan a continuación:

**POBLACION EVALUADA POR SEXO**

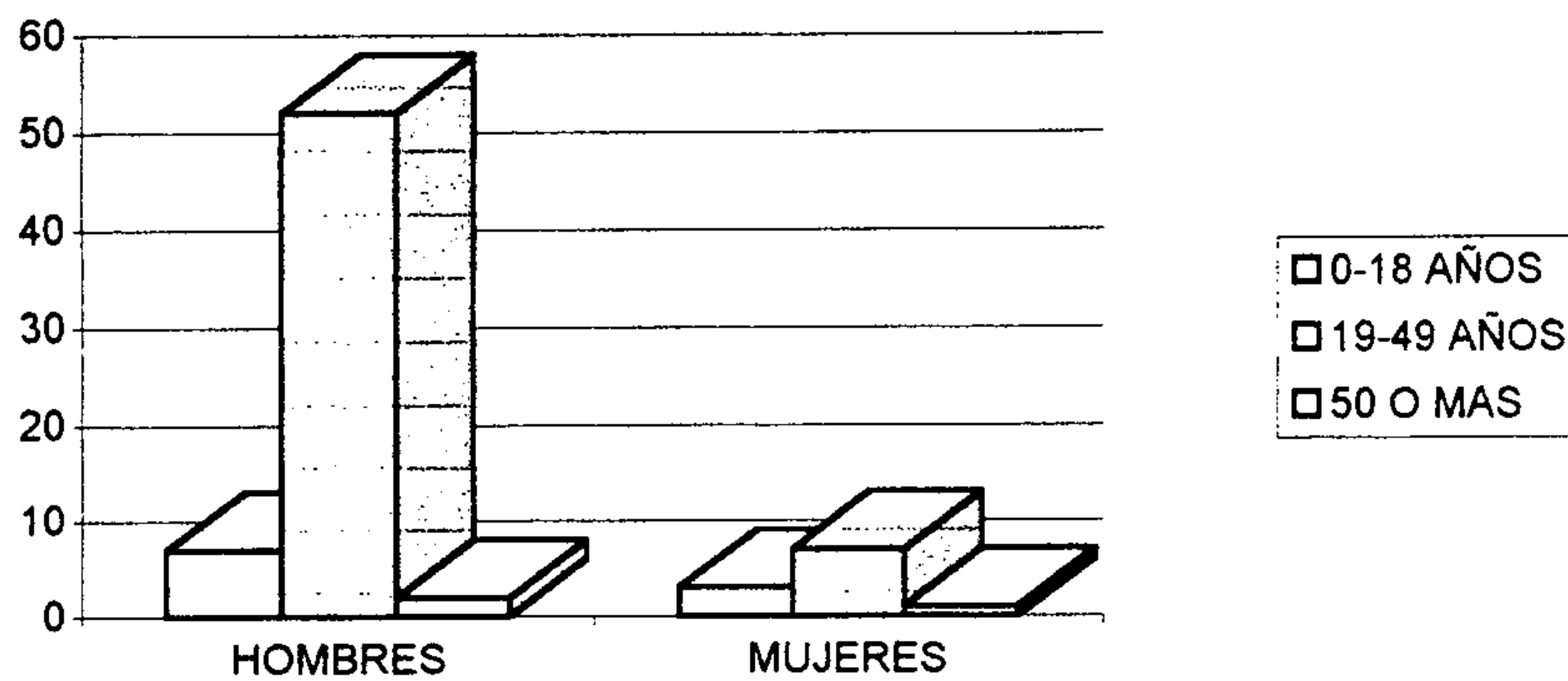
|                |    |       |
|----------------|----|-------|
| <b>HOMBRES</b> | 61 | 84.7% |
| <b>MUJERES</b> | 11 | 15.3% |
| <b>TOTAL</b>   | 72 | 100%  |



En la tabulación de datos correspondientes al sexo los porcentajes que la gráfica muestra indican que el 15.3% de la población son mujeres, mucho menor al 84.7% que son hombres.

## POBLACION EVALUADA POR EDAD

| EDAD         | 0-18 AÑOS |      | 19-49 AÑOS |      | 50 AÑOS O MAS |      |
|--------------|-----------|------|------------|------|---------------|------|
| HOMBRES      | 7         | 9.7% | 52         | 72%  | 2             | 2.7% |
| MUJERES      | 3         | 4.1% | 7          | 9.7% | 1             | 1.4% |
| <b>TOTAL</b> | <b>72</b> |      |            |      | <b>100%</b>   |      |

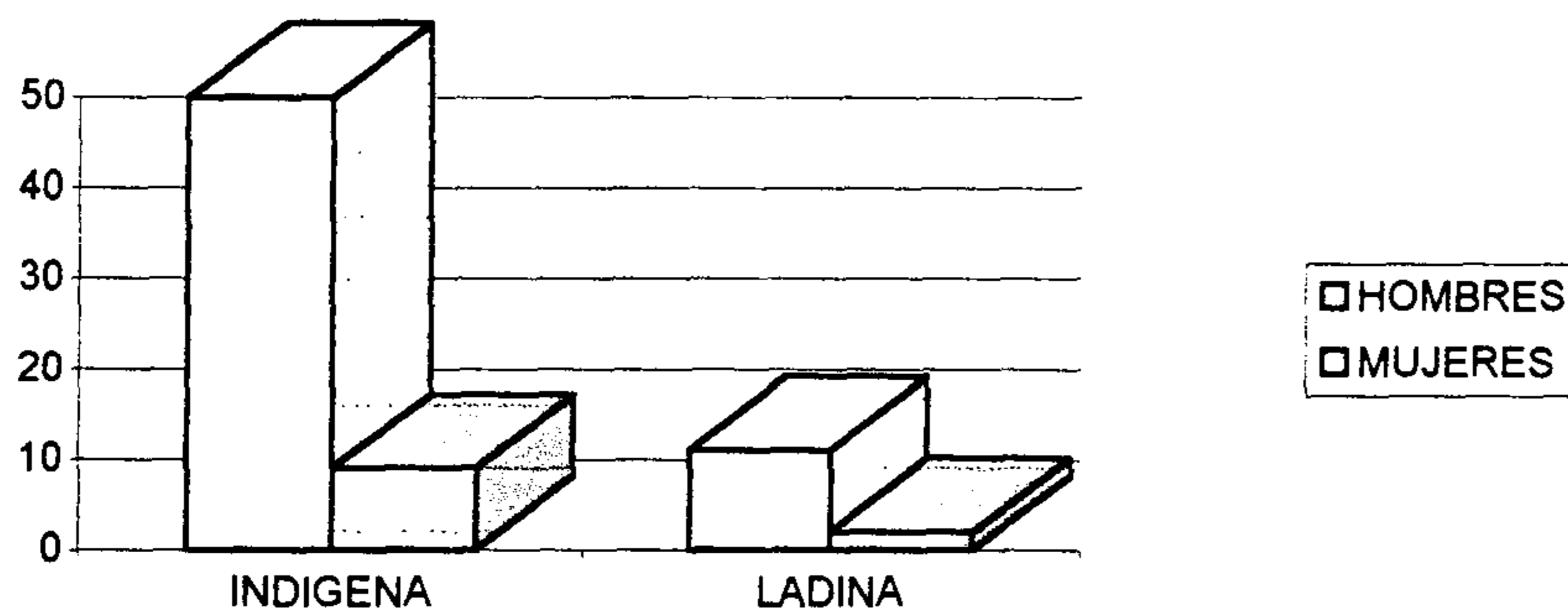


De esta gráfica se puede determinar que el mayor porcentaje de la población pertenece a los hombres que oscilan entre los 19 y 49 años.

\*Se tomaron estos tres parámetros de edad luego de considerar que la cantidad de pacientes y las edades no ameritaban más subdivisiones.

## CLASIFICACION POR ETNIA

| CLASE        | INDIGENA  |       | LADINA |             |
|--------------|-----------|-------|--------|-------------|
| HOMBRES      | 50        | 69.4% | 11     | 15.23%      |
| MUJERES      | 9         | 12.5% | 2      | 2.77%       |
| <b>TOTAL</b> | <b>72</b> |       |        | <b>100%</b> |



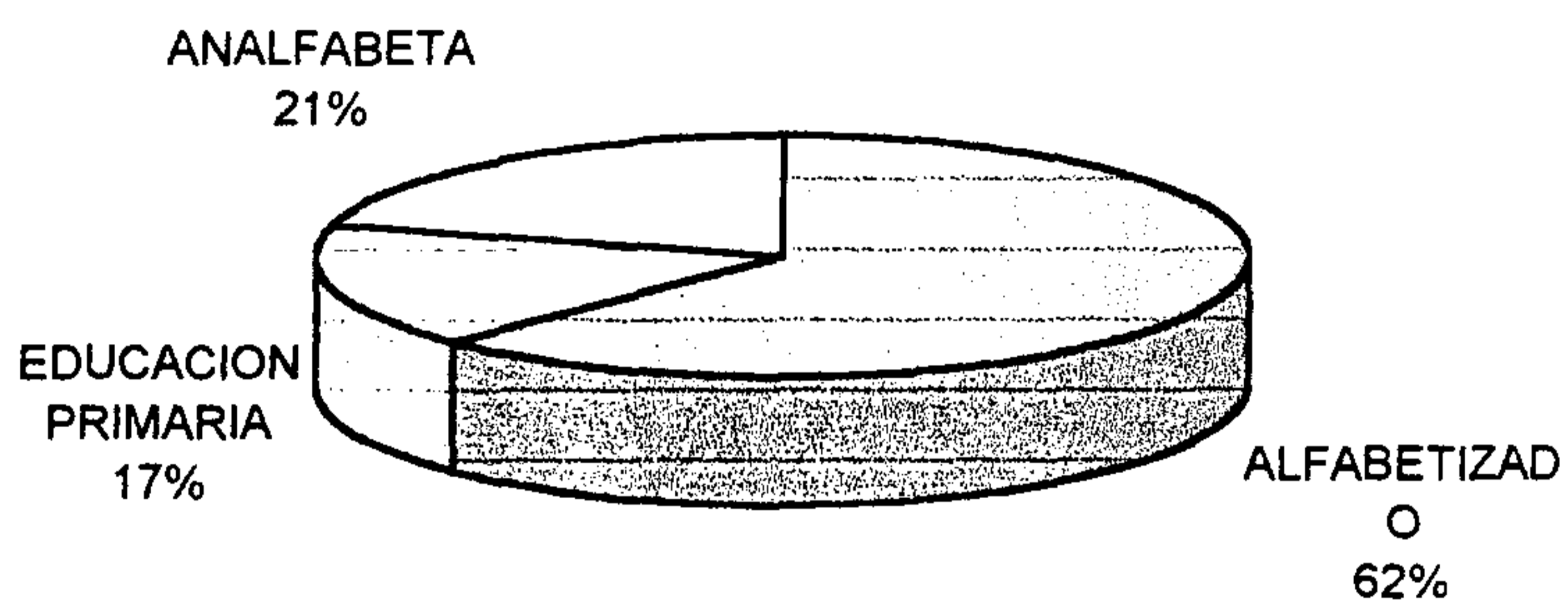
De esta gráfica se concluye que el mayor porcentaje de la población es de clase indígena.

\*Esta clasificación se llevó a cabo durante la entrevista basándose en procedencia, lenguaje, ya que por la ideología de la población una pregunta directa acerca de su etnia podía ser tomada como una muestra de discriminación hacia su persona pues una ideología política así como la falta de educación no permitían ese tipo de cuestionamientos.

## ESCOLARIDAD

| ALFABETIZADO    |     | *ESCOLARIDAD |     | ANALFABETA |     |
|-----------------|-----|--------------|-----|------------|-----|
| 45              | 62% | 12           | 17% | 15         | 21% |
| <b>TOTAL 72</b> |     | <b>100%</b>  |     |            |     |

- \* 2do. Grado Primaria: 2 personas
- 3er. Grado Primaria: 4 personas
- 6to. Grado Primaria: 6 personas



El 62% corresponde a la población alfabetizada por la URNG

El 21% corresponde a la población que no sabe leer y;

el 17% restante a la población que alguna vez recibió educación primaria.

- El Programa de Alfabetización de URGN se encargó de aliviar el problema de falta de educación, tomando en cuenta que la prioridad en enseñar a leer a sus integrantes para

luego pasar a un proceso de educación política. Las personas que tenían algún grado de escolaridad frecuentemente lo habían adquirido antes de integrarse a la URNG. Se considera como casualidad, que ninguno de los miembros tabulados en este trabajo tengan algún grado de educación superior porque del total general de la población de la URNG se encuentran muchos profesionales en diferentes ramas.

### HISTORIA MEDICA ANTERIOR

El total de la población (72 personas) fue evaluada por médicos de URNG desde su concentración hasta el momento del cese al fuego. En sus fichas médicas y durante su entrevista ninguno presentó o refirió algún problema de salud que interfiriese con el tratamiento odontológico pero indicaron haber padecido, por su condición de combatiente, enfermedades que pudieron haber sido comunes a su estatus y se hace referencia a estas por su alta prevalencia aunque no interfirieran en el tratamiento odontológico.

|                | <b>PALUDISMO</b> | <b>INFECCIONES<br/>MICOTICAS</b> | <b>DENGUE</b> |
|----------------|------------------|----------------------------------|---------------|
| <b>HOMBRES</b> | 17               | 45                               | 4             |
| <b>MUJERES</b> | 0                | 7                                | 1             |

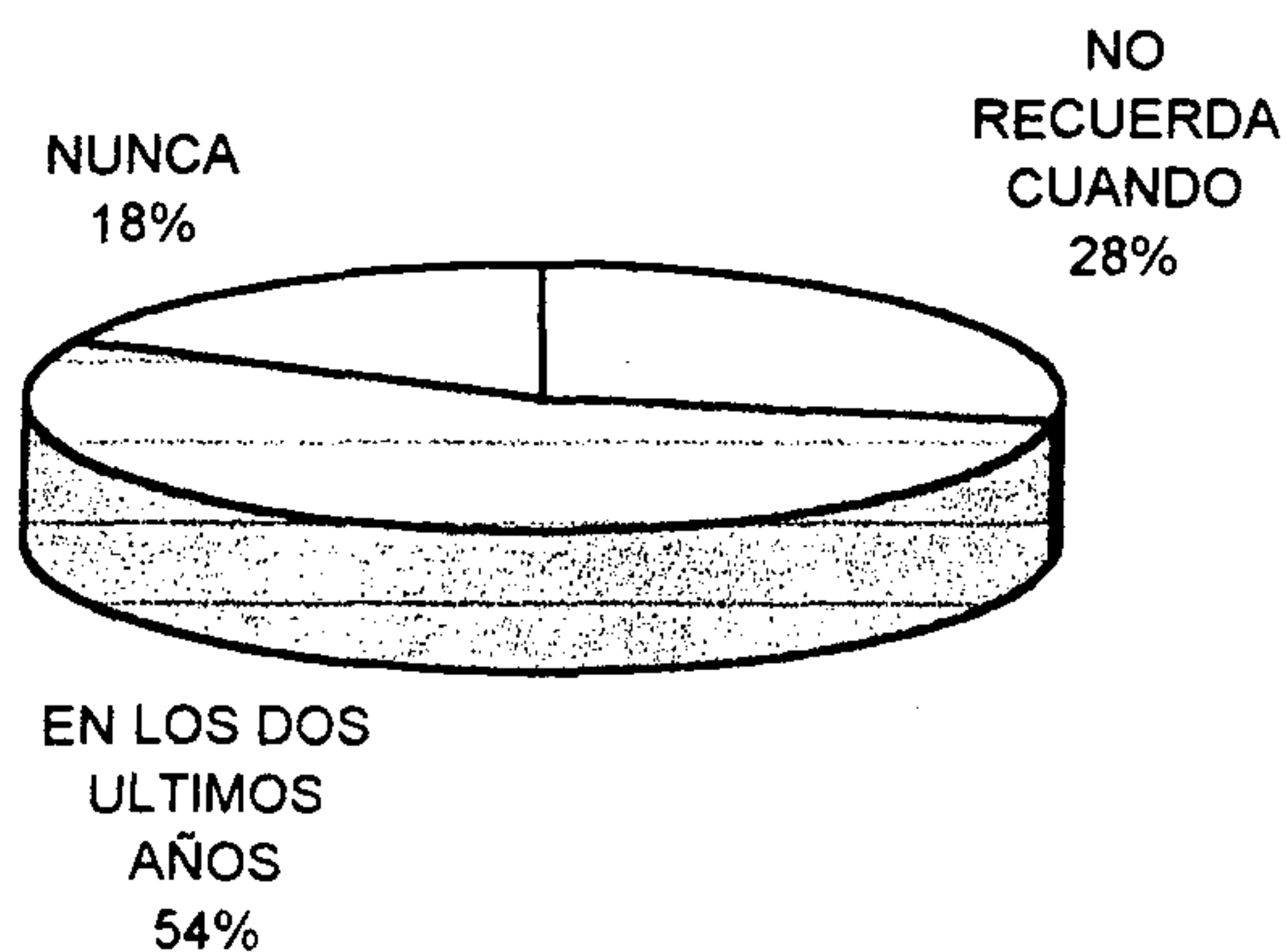
### HISTORIA ODONTOLOGICA ANTERIOR

El recuento de la historia odontológica anterior se realizó durante la entrevista previa al examen clínico y fue enfocada hacia tratamientos realizados con anterioridad o visitas a un odontólogo, promotor en salud bucal o mecánico dental tomando tres parámetros, estos fueron los resultados obtenidos:

|   |           |            |
|---|-----------|------------|
| <b>SI RECIBIO ATENCION ODONTOLOGICA EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS</b> | <b>39</b> | <b>54%</b> |
| <b>HA RECIBIDO ATENCION, PERO NO RECUERDA FECHA EXACTA</b>      | <b>20</b> | <b>28%</b> |
| <b>NUNCA HA RECIBIDO ATENCION ODONTOLOGIA</b>                   | <b>13</b> | <b>18%</b> |

**TOTAL 72**

**100%**





Como se puede observar el mayor porcentaje en lo que respecta a atención odontológica fue dado en los dos últimos años, coincidiendo con el cese al fuego y concentración de los combatientes.

Los tratamientos recibidos por lo general fueron exodoncias o pequeñas obturaciones, muy rara vez alguna prótesis ya que éstas eran realizadas en el extranjero, según referencia de los entrevistados.

## DIAGNOSTICO GENERAL

Se realizaron 71 evaluaciones clínicas, un paciente no accedió a ser examinado. Los resultados globales fueron:

|                          |    |                                  |
|--------------------------|----|----------------------------------|
| ◇ ENFERMEDAD PERIODONTAL | 71 | 100% de la población evaluada.   |
| * CARIES                 | 71 | 100% de la población evaluada.   |
| ◆ OTROS                  | 35 | 49.29% de la población evaluada. |

◇ No se especifica grado de severidad

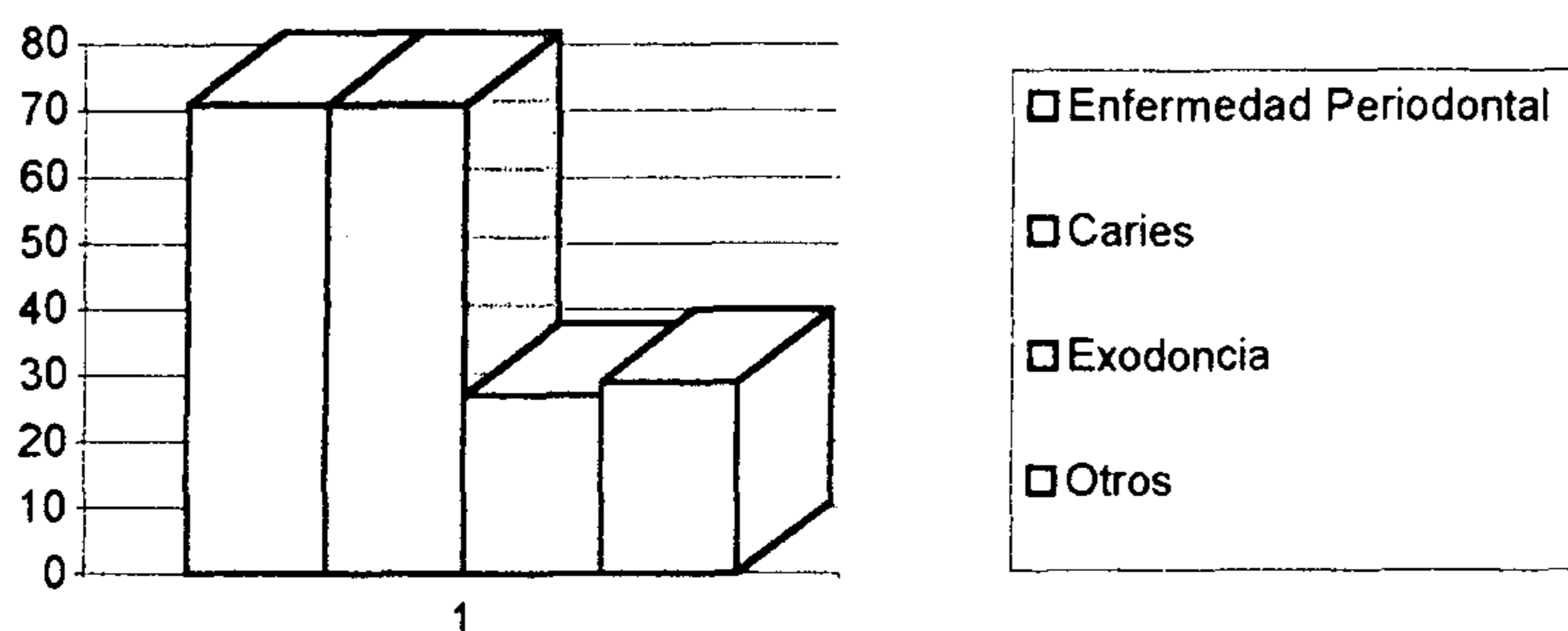
\* No se especifica si es caries superficial o profunda, ni la superficie dental que abarca.

◆ Se agrupan las diferentes prótesis dentales, tratamientos endodónticos y cirugías. Se considera que este renglón sea un poco más explícito:

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| Protésis Removible: | 13        |
| Prótesis Fija:      | 18        |
| Prótesis Total:     | 02        |
| Endodoncia          | 01        |
| Cirugía             | <u>01</u> |
| <b>Total</b>        | <b>35</b> |

La prótesis total se recomendó para pacientes cuyo grado de destrucción dentaria era muy severo y la cirugía fue recomendada para la remoción de un papiloma o verruga vulgaris.

### DIAGNOSTICO GENERAL



Los datos de esta gráfica están explicados en su correspondiente cuadro de DIAGNOSTICO GENERAL. Se agregó el dato correspondiente a EXODONCIA para complementar los diagnósticos generales.

### EXODONCIAS

Basándose en criterios de un alto grado de destrucción coronaria, dolor espontáneo, movilidad y enfermedad periodontal severa el total de exodoncias fue de 27 piezas extraídas.

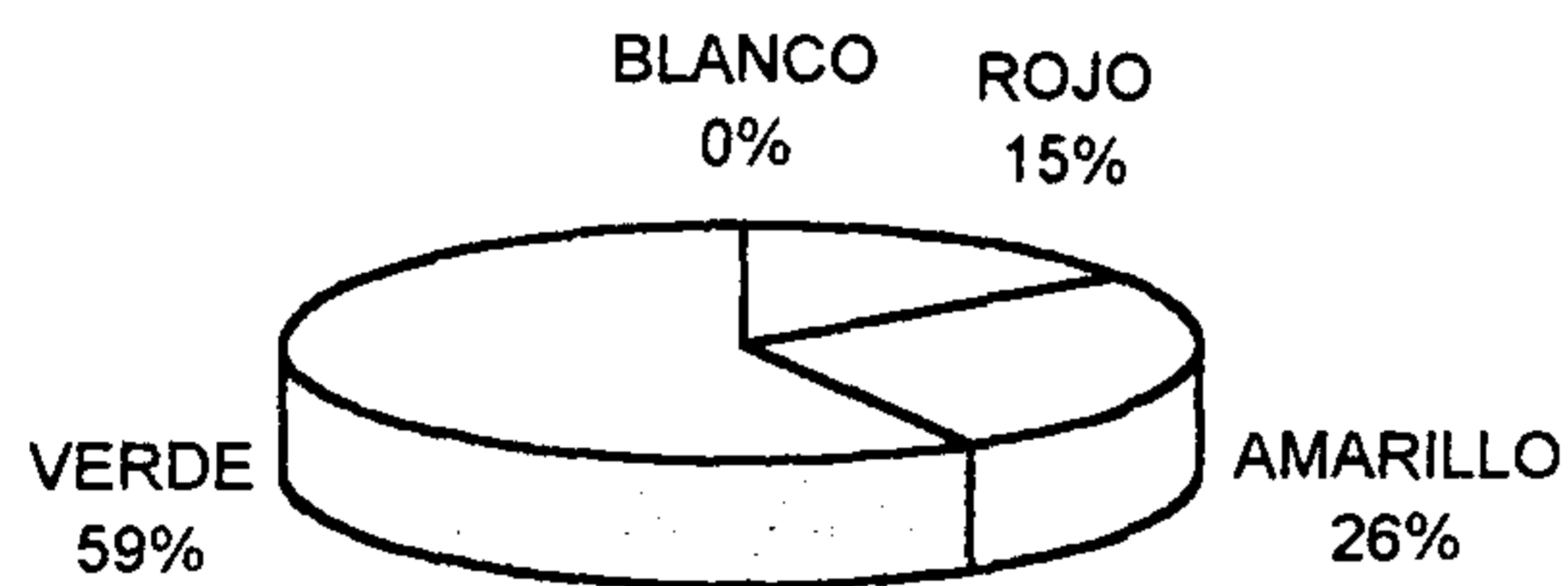
Hubo dos pacientes que no permitieron que se les extrajeran piezas dentarias, a pesar del dolor, por miedo adquirido en experiencias anteriores, a estos solo se les trato con medicamentos.

## CLASIFICACION SEGÚN LOS CRITERIOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO

Se clasificaron los pacientes según el grado de severidad o de urgencia de los tratamientos requeridos, pero es de hacer notar que la -URNG- ordenó clasificar como “urgente” a un grupo de sus miembros que fueron desmovilizados antes de la fecha prevista. Los resultados fueron:

| ROJO         |     | AMARILLO |     | VERDE |     | BLANCO    |             |
|--------------|-----|----------|-----|-------|-----|-----------|-------------|
| 11           | 15% | 19       | 26% | 42    | 59% | 0         | 0%          |
| <b>TOTAL</b> |     |          |     |       |     | <b>72</b> | <b>100%</b> |

### CLASIFICACION DE LOS PACIENTES SEGUN CRITERIOS DE GRAVEDAD DE SUS TRATAMIENTOS

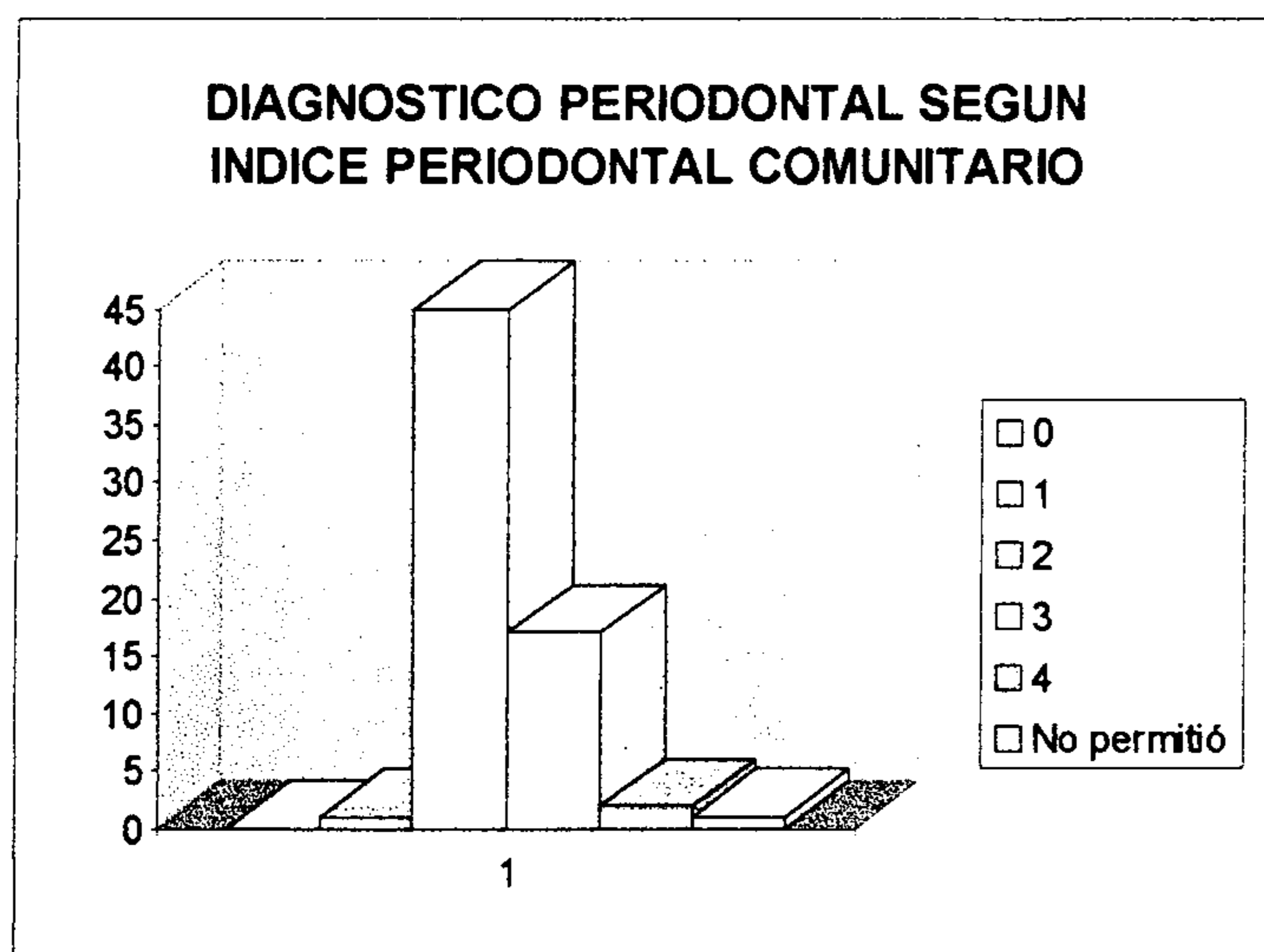


Como se puede observar en la gráfica el mayor porcentaje, 59% corresponde a los pacientes clasificados como verde, le siguen con 26% los pacientes clasificados con amarillo, un 15% a los pacientes clasificados como rojo y un 0% para los pacientes de blanco.

## DIAGNOSTICO PERIODONTAL

Se realizó el diagnóstico en base al I.C.N.T.P. cuyos criterios fueron antes explicados. Los resultados fueron:

| Código           | 0 |    | 1 |      | 2  |       | 3 |       | 4 |      | no permitió |      | TOTAL |      |
|------------------|---|----|---|------|----|-------|---|-------|---|------|-------------|------|-------|------|
| No. de pacientes | 0 | 0% | 1 | 1.4% | 45 | 62.5% | 3 | 23.6% | 2 | 2.8% | 1           | 1.4% | 72    | 100% |



Los porcentajes obtenidos en el I.C.N.T.P. fueron:

- Código 0: 0%
- Código 1: 1.40%
- Código 2: 63.38%
- Código 3: 23.95%
- Código 4: 5.63%
- No permitió: 1.40%

Como se puede observar el mayor porcentaje corresponde al código "2".

## DIAGNOSTICO OPERATORIO

Se determinó basándose en la cavidad requerida para la remoción de caries necesaria para amalgamas o resinas compuestas, la falta de equipo llevó a modificar este requerimiento porque el criterio se estableció al remover la caries en el procedimiento propiamente dicho.

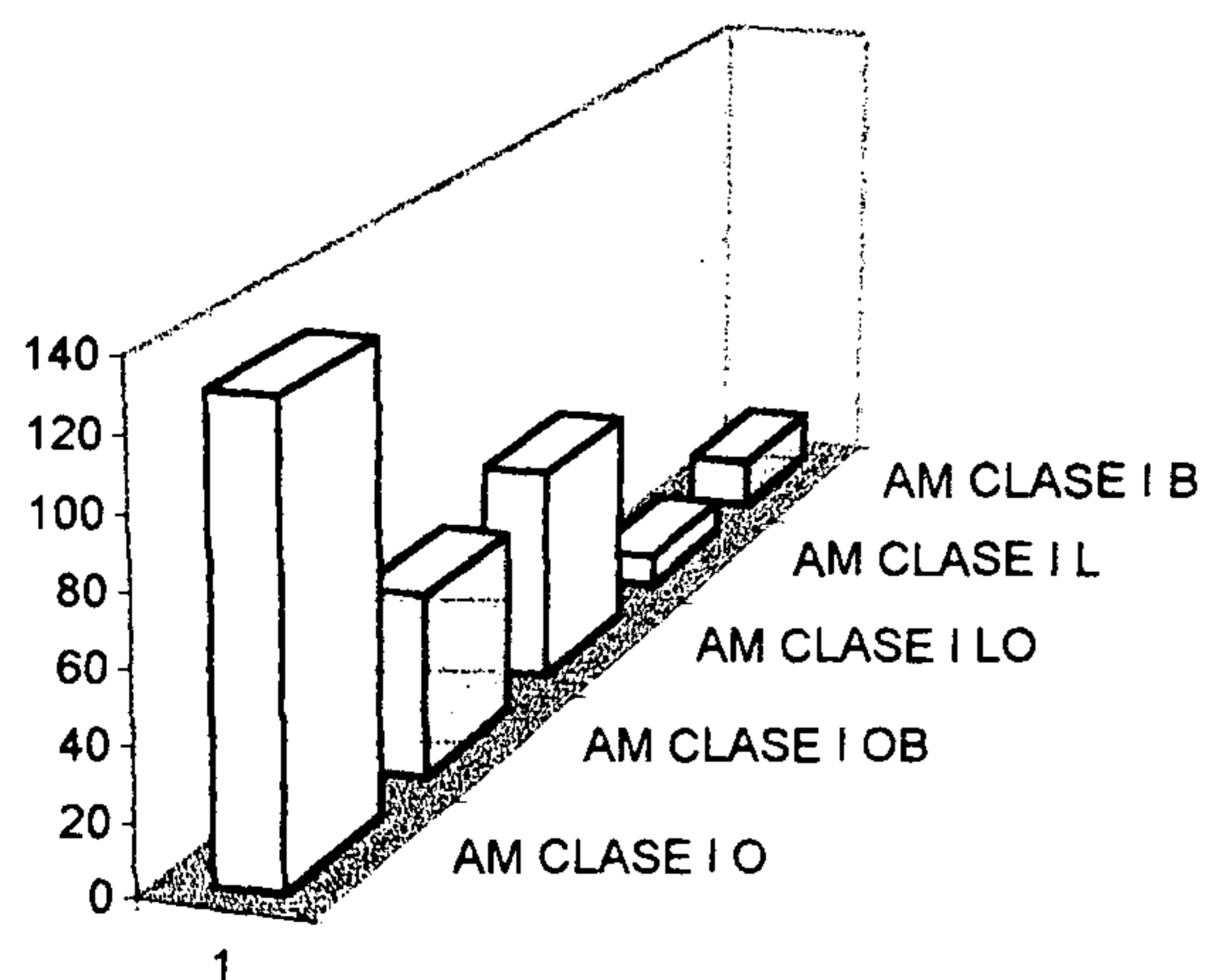
|                      |     |        |                         |    |       |
|----------------------|-----|--------|-------------------------|----|-------|
| <b>Am Clase I O</b>  | 129 | 43.28% | <b>Am Clase II MO</b>   | 12 | 4%    |
| <b>Am Clase I OB</b> | 51  | 17.11% | <b>Am Clase II OD</b>   | 7  | 2.3%  |
| <b>Am Clase I OL</b> | 60  | 20.13% | <b>Am Clase II MOD</b>  | 8  | 2.68% |
| <b>Am Clase I L</b>  | 9   | 3%     | <b>Am Clase II MODL</b> | 2  | 0.70% |
| <b>Am Clase I B</b>  | 14  | 4.70%  | <b>Am Clase II MOLB</b> | 1  | 0.33% |
|                      |     |        | <b>Am Clase II MOL</b>  | 5  | 1.70% |

**SUB TOTAL** 263 = 88.25%

**SUBTOTAL** 35 = 11,75%

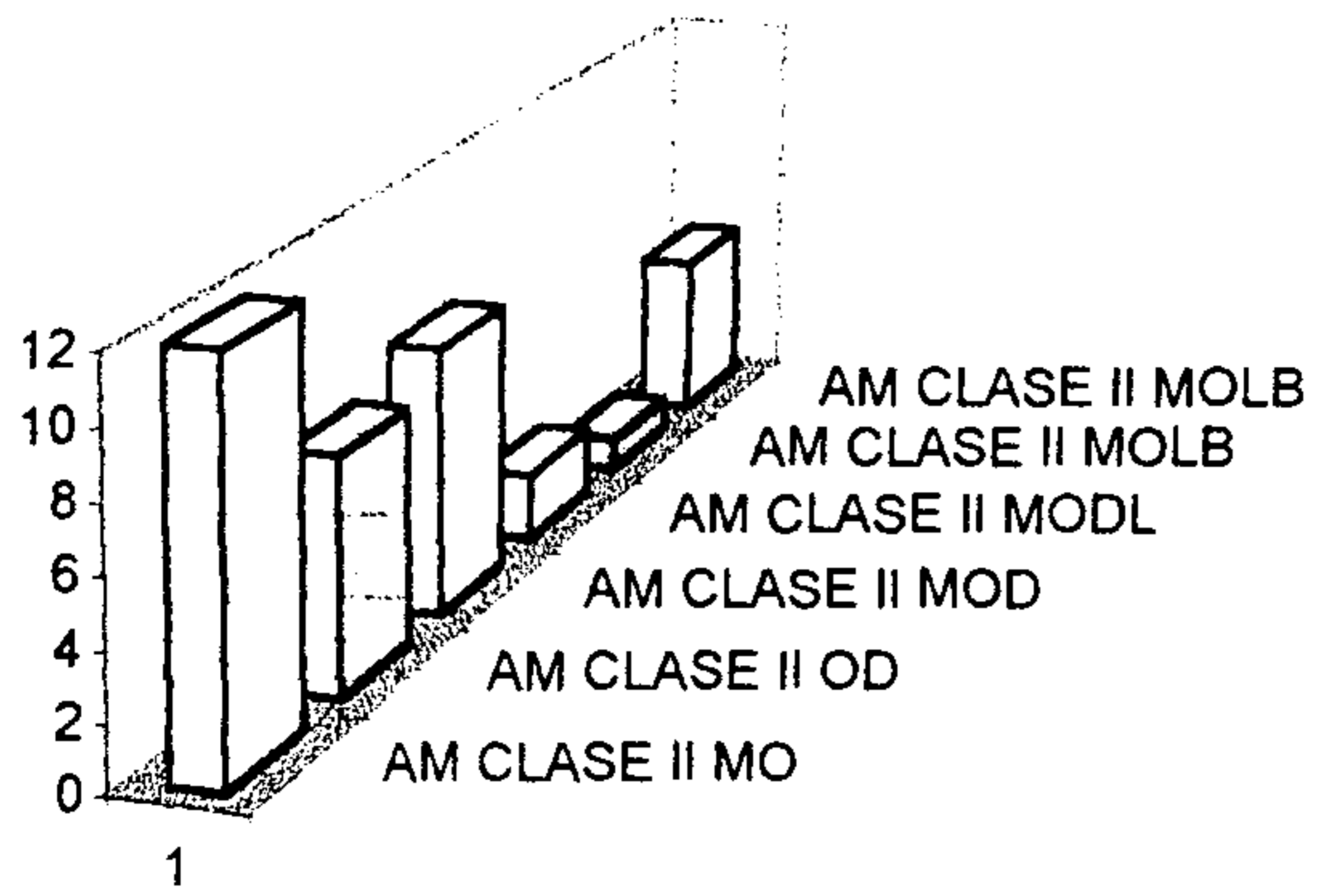
**TOTAL: 298 AMALGAMAS = 100%**

### DIAGNOSTICO OPERATORIO PARA AMALGAMA CLASE I



## DIAGNOSTICO PARA AMALGAMA CLASE

II



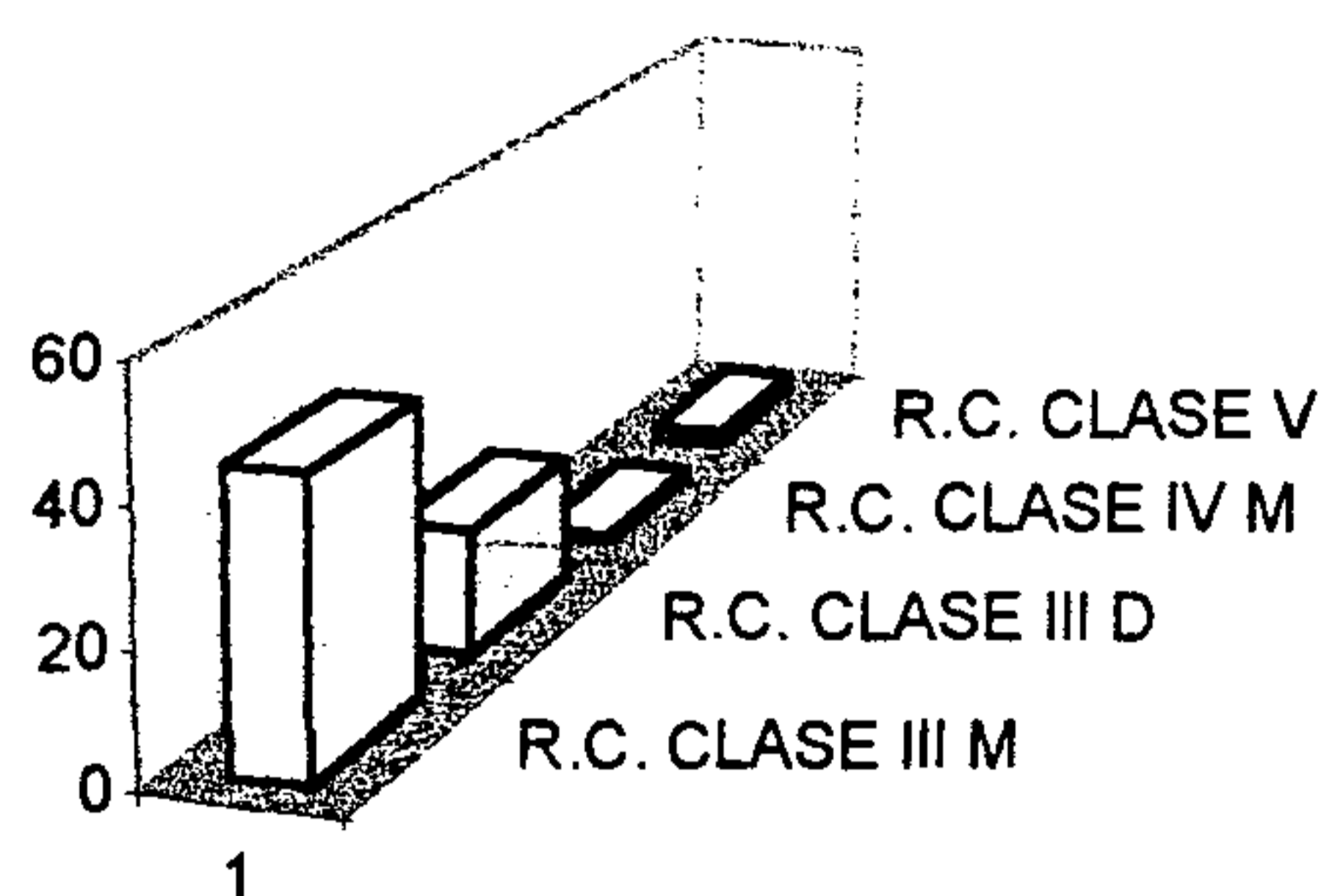
Como se puede observar las amalgamas Clase I O, fueron las que más se realizaron ya que la caries no abarcó superficies lisas ni eran muy profundas.

## RESINAS COMPUESTAS

|                         |    |       |                        |   |      |
|-------------------------|----|-------|------------------------|---|------|
| <b>R.C. Clase III M</b> | 44 | 66.6% | <b>R.C. Clase IV M</b> | 1 | 1.5% |
| <b>R.C. Clase III D</b> | 19 | 28.8% | <b>R.C. Clase V</b>    | 2 | 3%   |
| <b>SUBTOTAL</b>         | 63 | 95.5% | <b>SUBTOTAL</b>        | 3 | 4.5% |

**TOTAL:** 66 RESINAS COMPUESTAS = 100%

### RESINAS COMPUESTAS



En lo que respecta a resinas compuestas se puede observar en la gráfica que el mayor porcentaje de cavidades fue para las clases III.



## CONCLUSIONES

Después de un análisis de los resultados tanto en números totales como en porcentajes, se llega a las siguientes conclusiones:

- A.** A pesar del aislamiento y las condiciones de vida, por el hecho de ser combatientes al margen de la ley, su condición de salud en general y en especial odontológica no es tan deplorable y como se observa en la gráfica de Historia Odontológica Anterior, el porcentaje de pacientes tratados odontológicamente tanto en los dos últimos años como con anterioridad es mayor en comparación a los que nunca han recibido atención odontológica.
- B.** En la clasificación de los pacientes según los criterios del Plan de Tratamiento se puede observar que se había estimado que el mayor porcentaje iba a estar clasificado como rojo y amarillo y que las expectativas de clasificar verde eran muy pocas. Se encontró un porcentaje del 59% clasificados con el código verde, en los cuales no hay urgencia de tratamientos, ya que las necesidades por caries, enfermedad periodontal, o piezas indicadas para extracción no fueron muy altas.
- C.** Durante el examen clínico se pudo observar que la enfermedad periodontal a pesar de que sí existía, la prevalencia no era muy alta y como se indica en el cuadro correspondiente a ésta el porcentaje mayor corresponde al código dos, según la clasificación y el I.C.N.T.P.; o sea que, la profundidad del surco periodontal no excedía en su mayoría 3mm. No se encontró tampoco exceso en la formación de cálculos.
- D.** Es de considerar que probablemente factores como la dieta influyeron grandemente en esta baja incidencia de enfermedad periodontal.

- E. En las gráficas referentes a operatoria dental se puede observar los distintos tipos de requerimientos para amalgama y resina compuesta que se realizaron. Aquí se puede observar que la caries no era muy profunda y que en porcentaje las amalgamas Clase I y Resinas Compuestas Clase III que abarcan solo una superficie fueron las que más se realizaron.
- F. Cuando se establecieron los criterios para el tratamiento se enfatizó en que tres piezas podían ser extraídas por paciente. En muy pocos casos se extrajo más de una pieza, y se hace hincapié en que únicamente fueron 27 exodoncias, lo que contradice las expectativas que al inicio del proyecto se tenían.
- G. Probablemente la educación en salud y el cuidado odontológico, aunque poco por parte de los promotores de salud de URNG, influyeron en los bajos índices de afecciones odontológicas así como la dieta que muchas veces se limitaba a frijoles, arroz cocido y agua pura.

## RECOMENDACIONES

Al concluir esta investigación y recopilar los datos referentes a diagnóstico y atención odontológica se pueden dar las siguientes recomendaciones:

- A. Que la URNG por medio de su fundación haga uso de las fichas clínicas elaboradas para continuar con el tratamiento odontológico que se inició en la fase de desmovilización a cargo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos.
- B. Que se establezcan programas de prevención y educación por parte de URNG para que las condiciones de salud bucal se mantengan o mejoren en la población desmovilizada.
- C. Darle seguimiento a los pacientes que estén con indicación para el uso de alguna prótesis porque la falta de piezas en algunas arcadas puede producir daño irreversible a las mismas, pudiéndose evitar siguiendo las recomendaciones de un buen criterio integral de salud bucal.

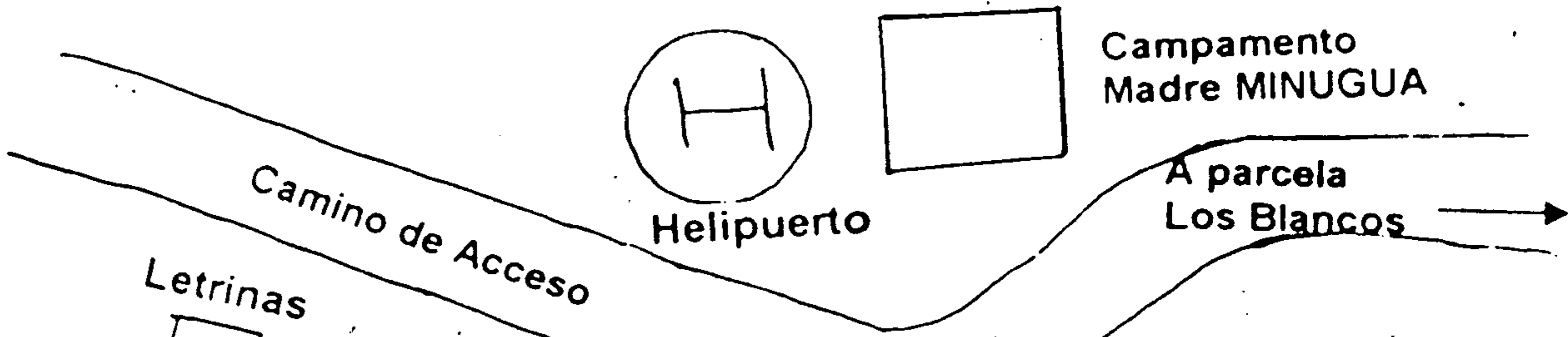
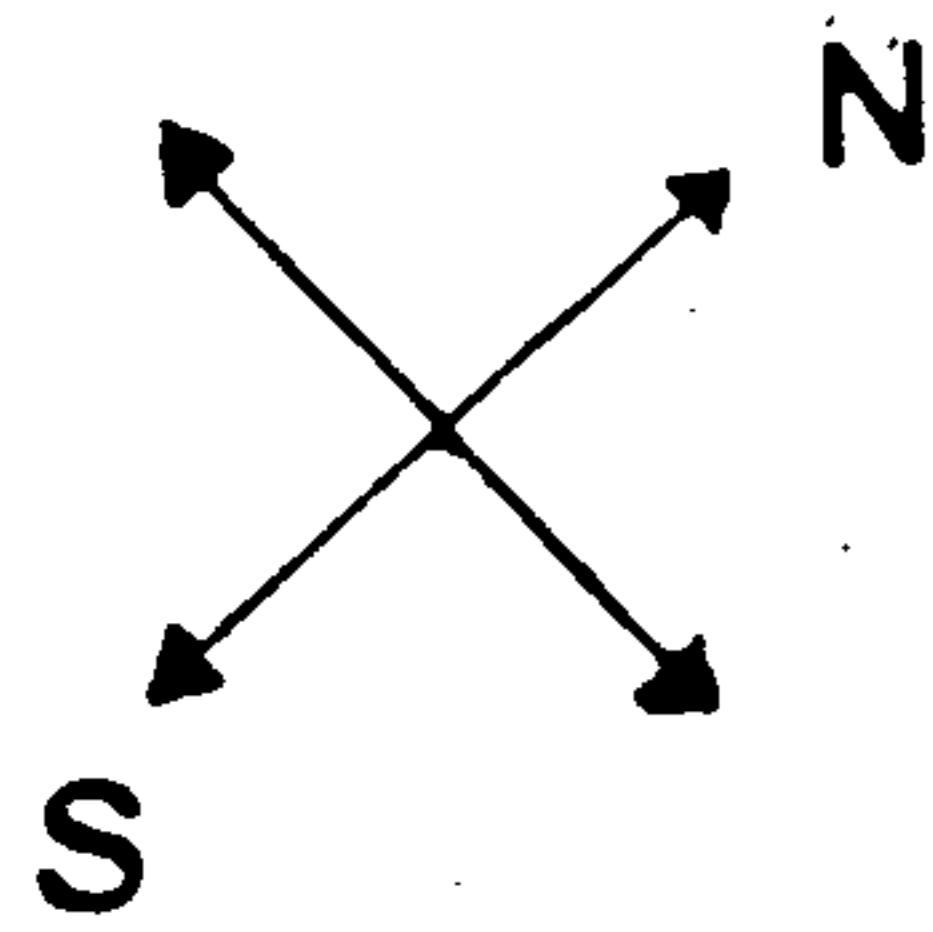
## LIMITACIONES

1. **IDIOMA:** La barrera del lenguaje fue desde el principio evidente, ya que la mayoría de las población es maya hablante (Cakchiquel, y Quiché). Para superar esta limitación se contó con la colaboración de traductores, quienes estaban presentes gran parte del tiempo de trabajo.
2. **INASISTENCIA DEL PACIENTE:** Por la cual se perdió significativamente el tiempo disponible (60 días), para atender a la población. Entre las causas de la inasistencia están las actividades político-educativas y el taller de salud mental.
3. **FALTA DE EQUIPO DENTAL Y FALLAS MECANICAS EN EL MISMO:** Al principio no se contó con todo el equipo necesario en el campamentos, ya que se presentaron fallas en el equipo desde el inicio, entre ellas fallas en los compresores, plantas eléctricas, piezas de mano, contrangulos, etc.
4. **FALTA DE INSTRUMENTAL E INSUMOS ODONTOLOGICOS:** Al inicio se hizo notoria la falta de algunos materiales dentales básicos como oxido de zinc y eugenol, fresas adecuadas o la mala calidad de algunos materiales como la amalgama de plata y resinas compuestas.
5. **FALTA DE LUZ ELECTRICA Y AGUA POTABLE:** En el campamento el fluido eléctrico y el abastecimiento de agua no era constante.
6. **FALTA DE INTERES:** Algunos de los pacientes se negaban a ser tratados sin argumentar razón por simple apatía al tratamiento o hacia el equipo de salud.
7. **CLIMA:** En el campamento el calor extremo y sofocante era un impedimento en algunas horas del día para trabajar.

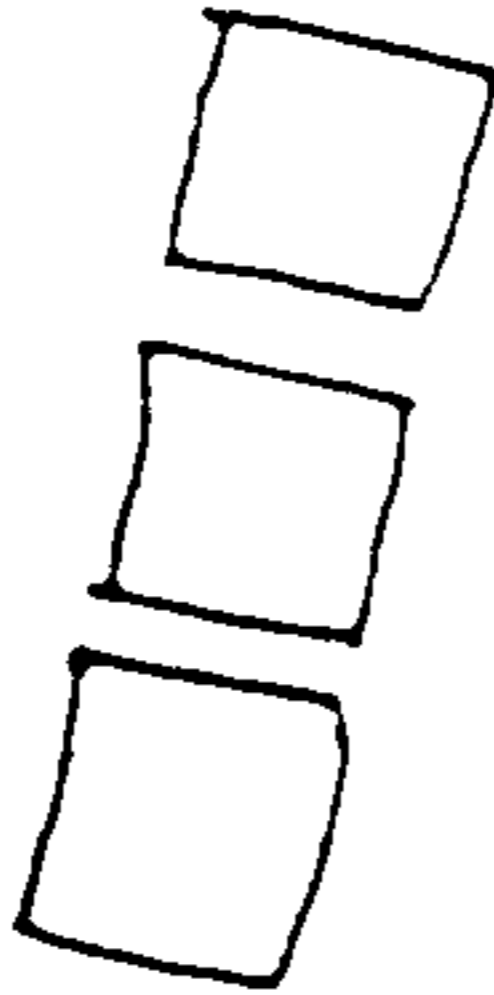
## ANEXOS

1. Ficha de recolección de datos generales, diagnóstico general, clasificación del paciente, odontograma y plan de tratamiento.
2. Bosquejo del área de distribución del campamento.
3. Diseño del módulo de trabajo del E.S.I.





Letrinas



Clinicas



Bodega



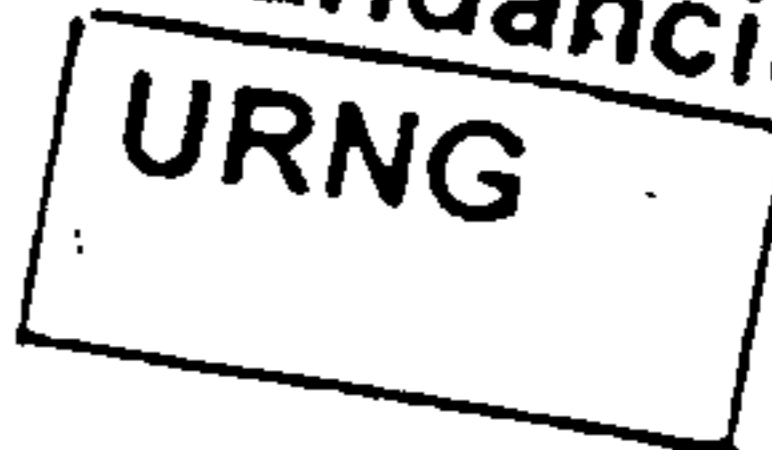
MINUGUA

Contenedor De Armas



Comandancia

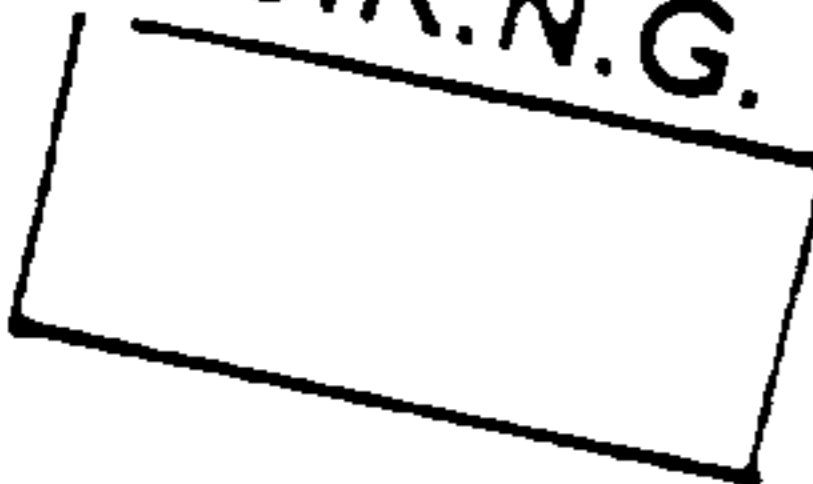
URNG



Dormitorios



U.R.N.G.



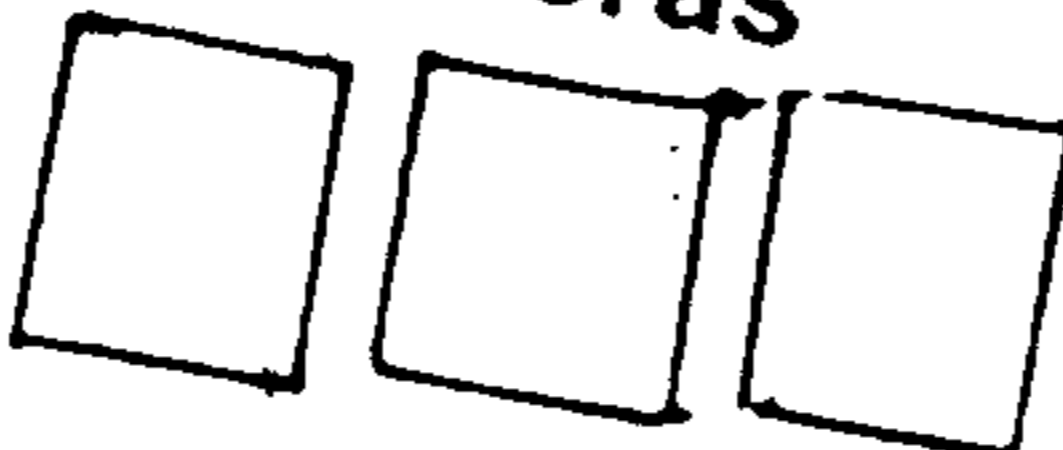
Dormitorios E.S.I.



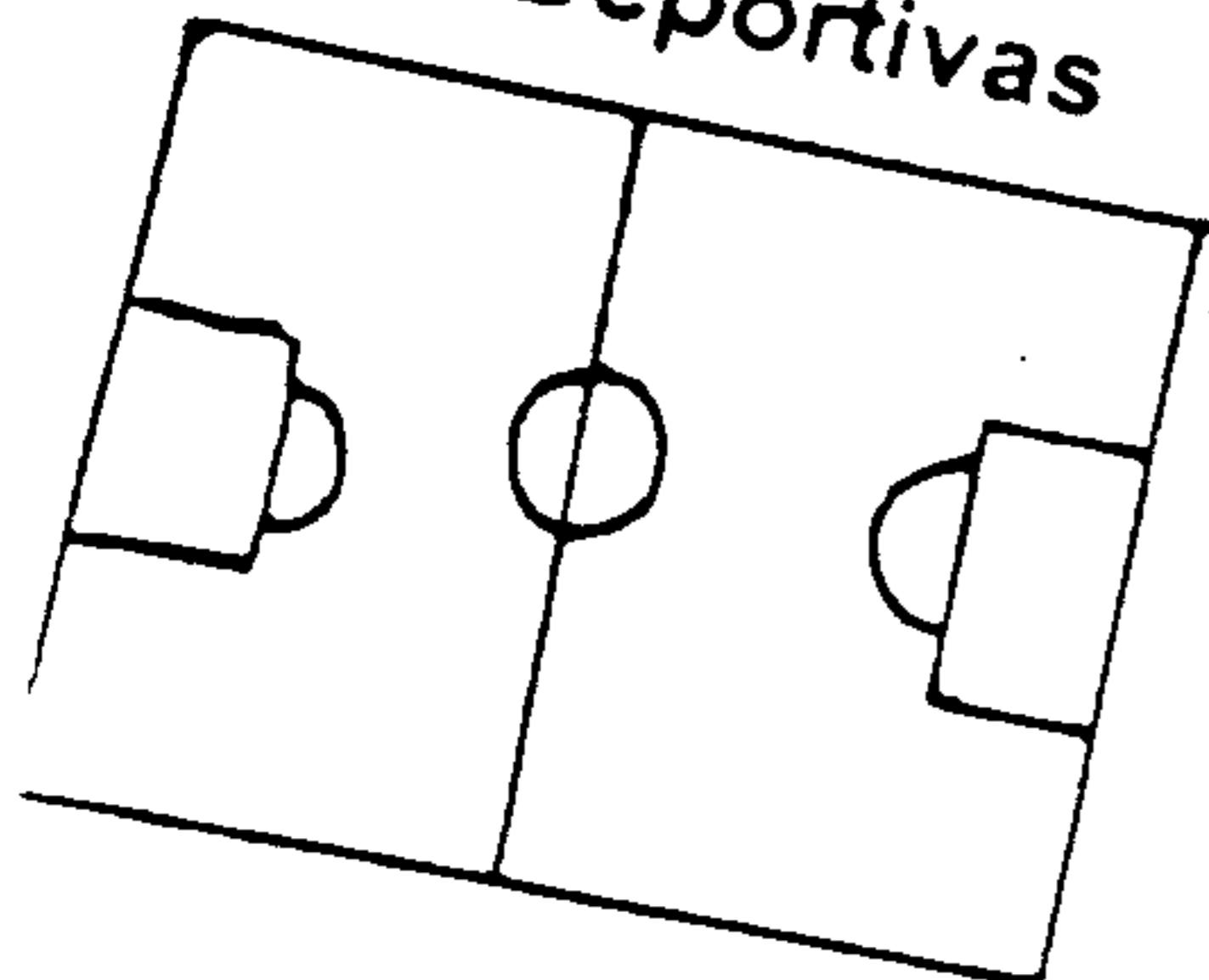
Dormitorios E.S.I.



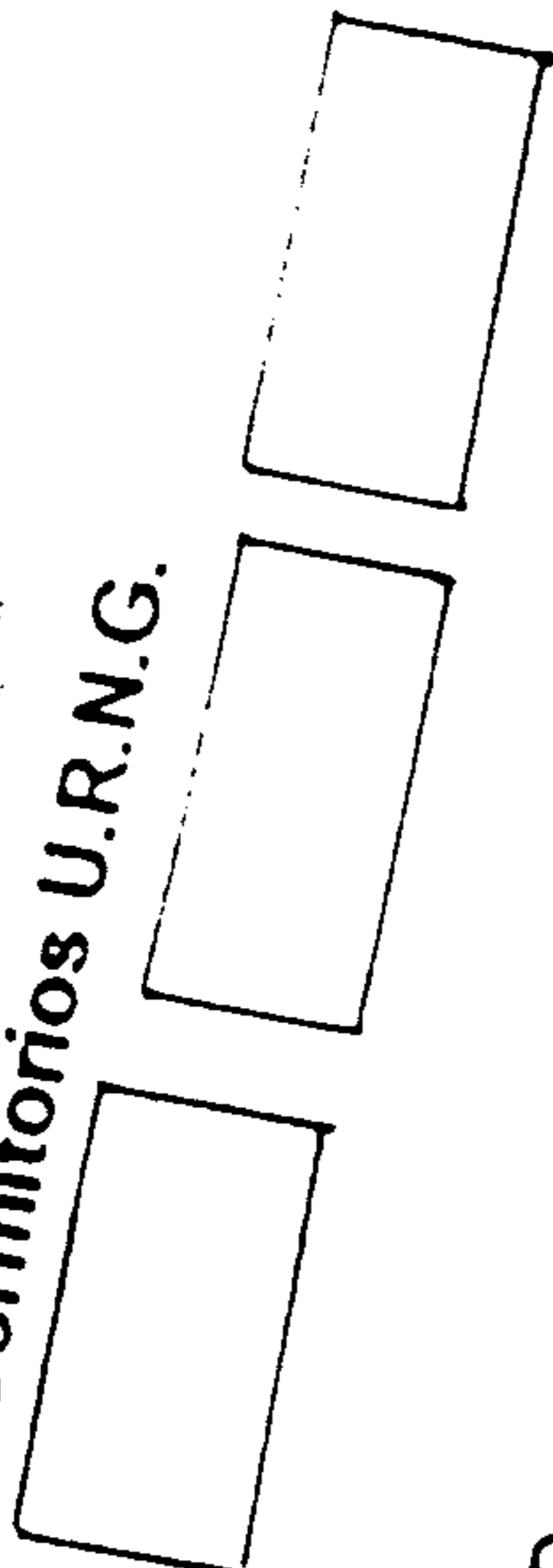
Regaderas



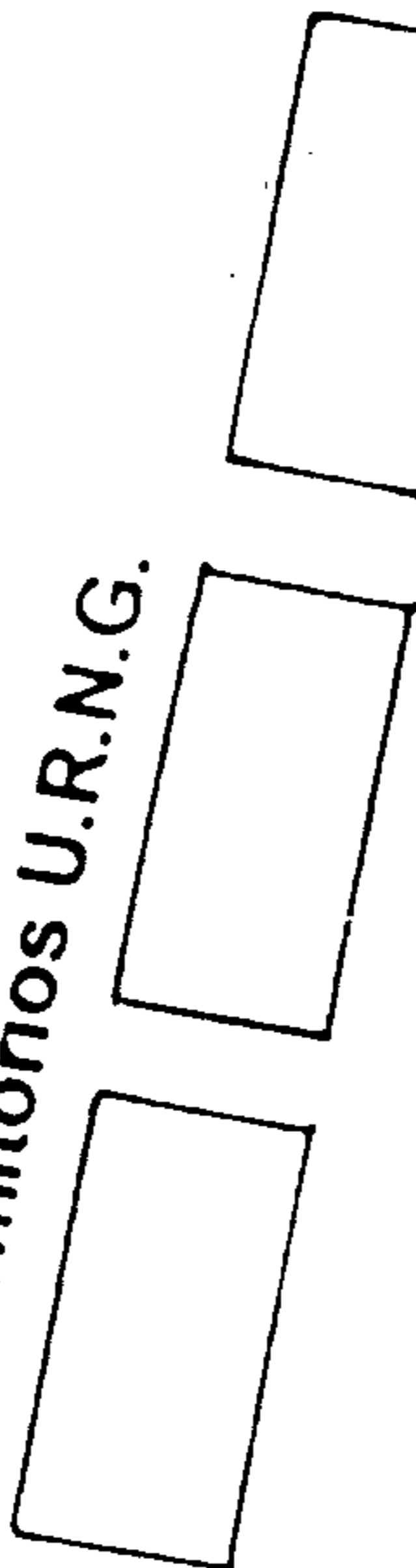
Canchas Deportivas



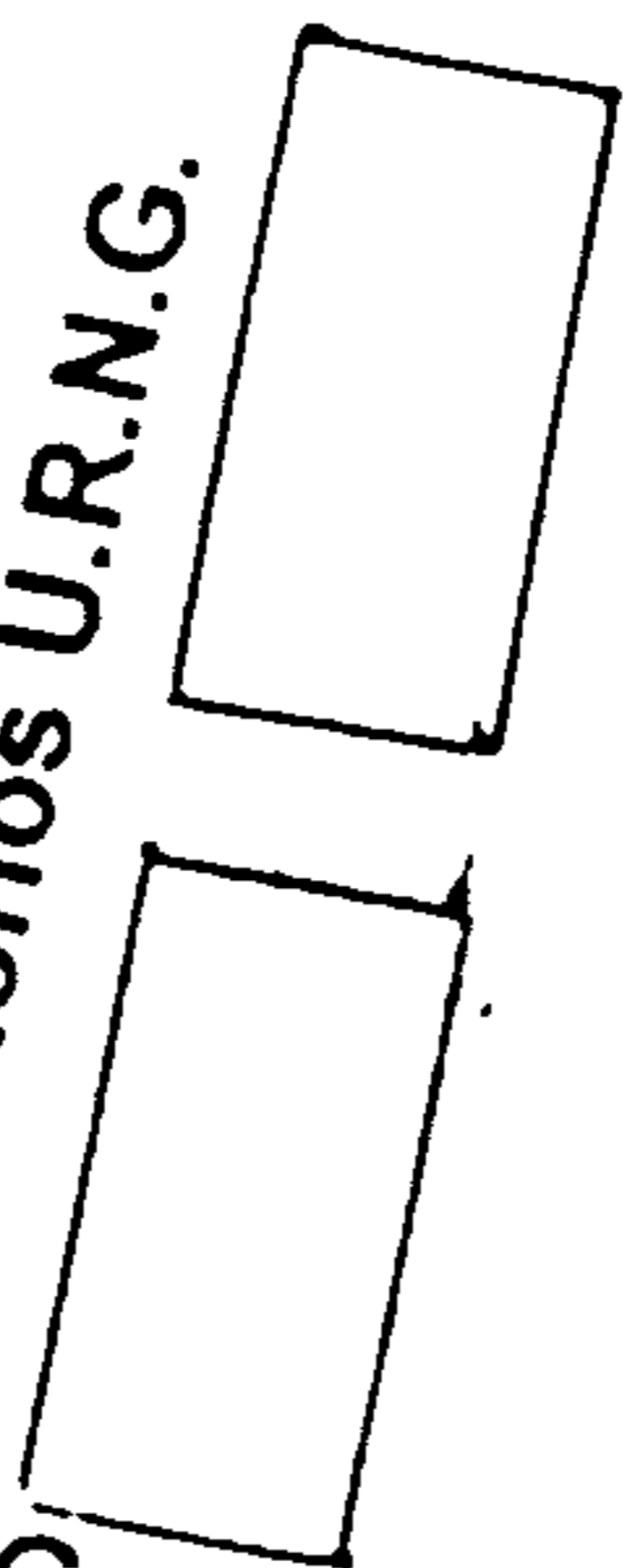
Dormitorios U.R.N.G.



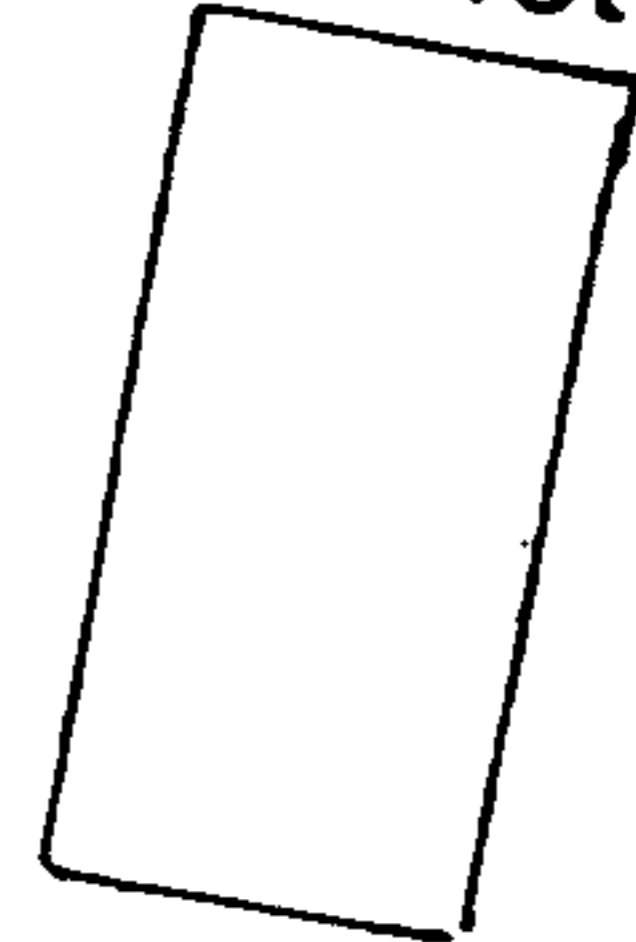
Dormitorios U.R.N.G.



Dormitorios U.R.N.G.



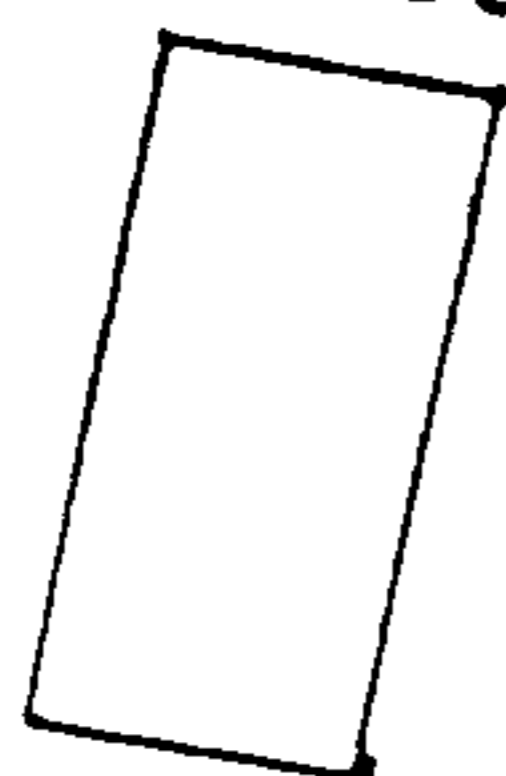
Biblioteca



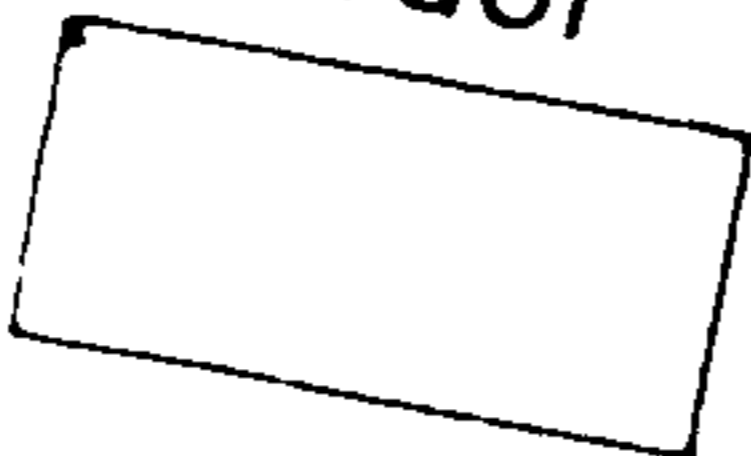
Basurero



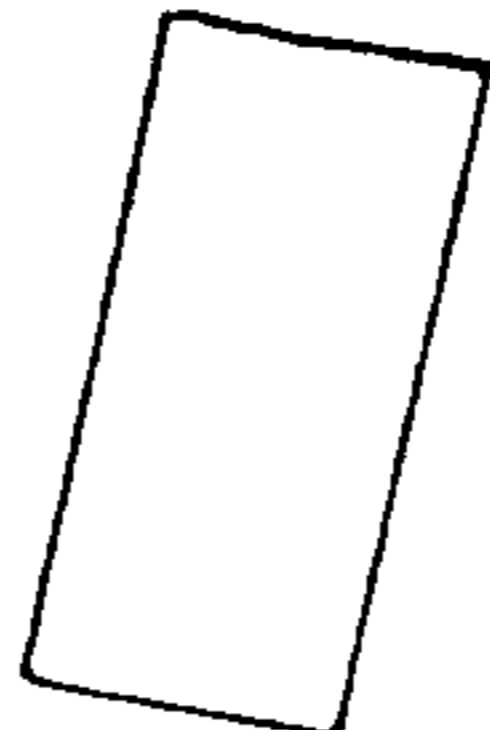
Comedor



Comedor



Comedor

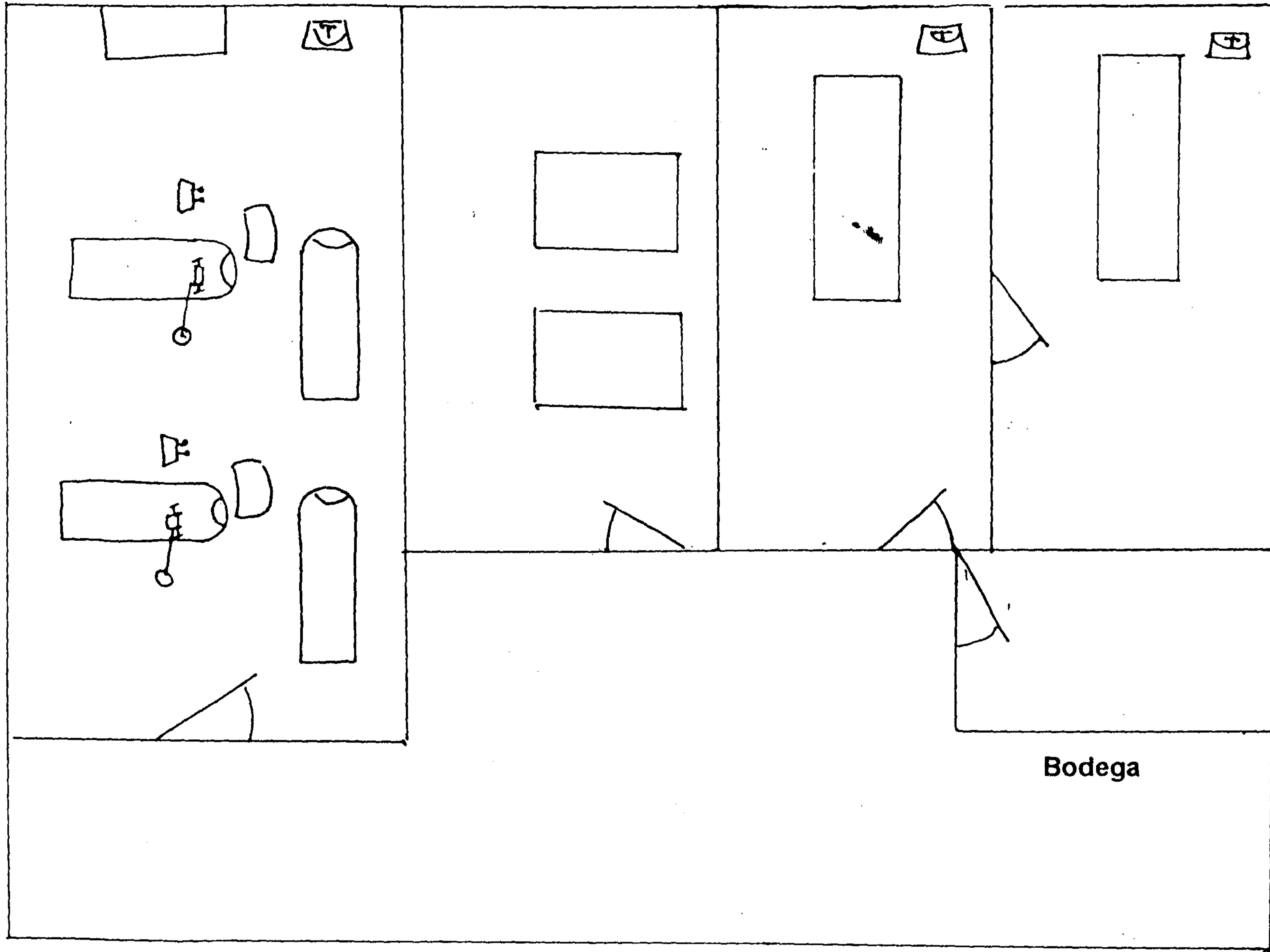


CLINICA DENTAL

AREA DE  
ENCAMAMIENTO

CLINICA MEDICA

CLINICA MEDICA



Compresor



Planta  
Eléctrica



Bodega

MODULO DE TRABAJO E.S.I.

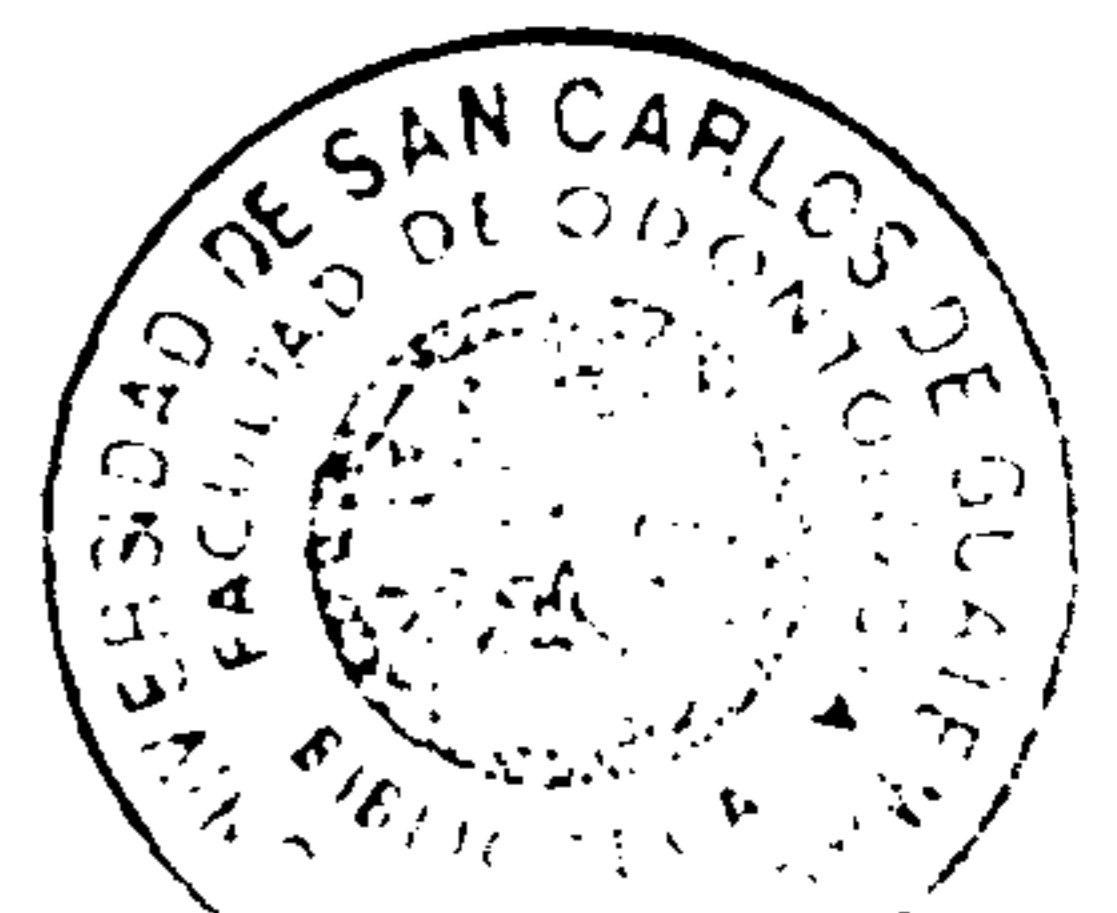


## BIBLIOGRAFIA

1. Acuerdo de Paz. Guatemala, Universidad de San Carlos, DIGI, 1996. 49p.
2. Acuerdos entre el Gobierno de Guatemala y las comisiones permanentes. Suscitos 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. Mexico : Interamericana, 1988. 620p.
4. Stockstill, John W., John F. Bowley y Ronald Attanasio.-- Analisis de decisiones clinicas en prostodoncia fija.-- Pp. 565, 569, 591, 594.-- En prostodoncia fija integral : John F. Bowley, John W. Stockstill, Ronald Attanasio, directores huéspedes.-- Mexico : Interamericana Mc Graw - Hill, 1992. (Clinicas Odontologicas de Norte America, Vol. 3.)
5. Carranza, Fermin A.-- Periodontologia clinica de Glickman / Fermin A. Carranza ; trad. por Laura Elias Urdapilleta, Enriqueta Ceron Rossainz.-- 7a. ed.-- Mexico : Interamericana Mc Graw - Hill, 1990. 1067p.
6. Catecismo del proceso de paz de Guatemala. Proyecto de Educacion Civica, ASC, Marzo - Octubre, 1994. Guatemala, Fundapaz, Diciembre 1994. 5p.
7. Centro de Investigacion y Documentacion Centroamericana. Violencia y contravolencia: desarrollo historico de la violencia institucional en Guatemala. Guatemala, Editorial Universitaria, 1980. 251p. (Mario Lopez Larrave. 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. 37p. (Serie proyecto Alternativo).
10. Durante Avellanal, C. Diccionario Odontológico. 2a. Ed., Buenos Aires, Editorial Mundi, 1994. 1990 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 de terror en tres comunidades rurales de Guatemala (1980 - 1984). Guatemala, Editorial Estudiantil Fenix, 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. Hernandez, R. y E. Godoy. Adiós a las armas: Gobierno y URNG firman acuerdo de paz.-- pp. 2 - 6.-- En periódico Prensa Libre (Guatemala).-- Año XLVI, 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 XLVI, No. 14685. (domingo, 29 de Diciembre de 1996).
16. Ingle, John Ide.-- Endodoncia / John Ide Ingle y Jerry F. Taintor ; trad. Por José Luis García Martínez, J. Rafael Blengio Pinto, Alberto Folch Pi.-- 3a. ed.-- México : 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 los Acuerdos de Paz. 17 de Enero de 1997. Acta No. 1-97.
18. Katz, Simón.-- Odontología Preventiva en Acción / Simón Katz, James L. McDonald, George K. Stookey.-- México : editorial Médica Panamericana, 1975. pp. 30 - 40.



19. Kratochvil, F. James.-- Prótesis Parcial Removible / F. James Kratochvil ; trad. Por José Antonio Ramos Tercero.-- México : Interamericana Mc Graw - Hill, 1989. pp. 70 - 86, 90 - 98.
20. MINUGUA. Acuerdo global sobre derechos humanos. México, 29 de Mayo de 1994. 10p.
21. -----Informe de reconocimiento de puntos de concentración. Guatemala, Febrero, 1997. 11p.
22. Montenegro Lima, G. R. César montes: La paz se pudo firmar hace 30 años-- p.11.-- En periódico La República (Guatemala)-- Año IV. (sábado, 22 de Febrero de 1997).
23. -----César Montes: tres movimientos crearon las FAR-- pp. 9.-- En periódico La República (Guatemala)-- Año IV. (domingo, 23 de Febrero de 1997).
24. -----El Ché Guevara y Yon Sosa, grandes figuras en la guerra de guerrillas-- p.11.-- En periódico La República (Guatemala)-- Año IV. (sábado, 22 de Febrero de 1997).
25. -----E. Guevara. César Montes: Yon Sosa y Turcios Lima constuyeron la guerrilla-- p. 10 - 11.-- En periódico La República (Guatemala)-- Año IV. (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 Gatemala. Guatemala, Impresos Herme, 1995. 136p.

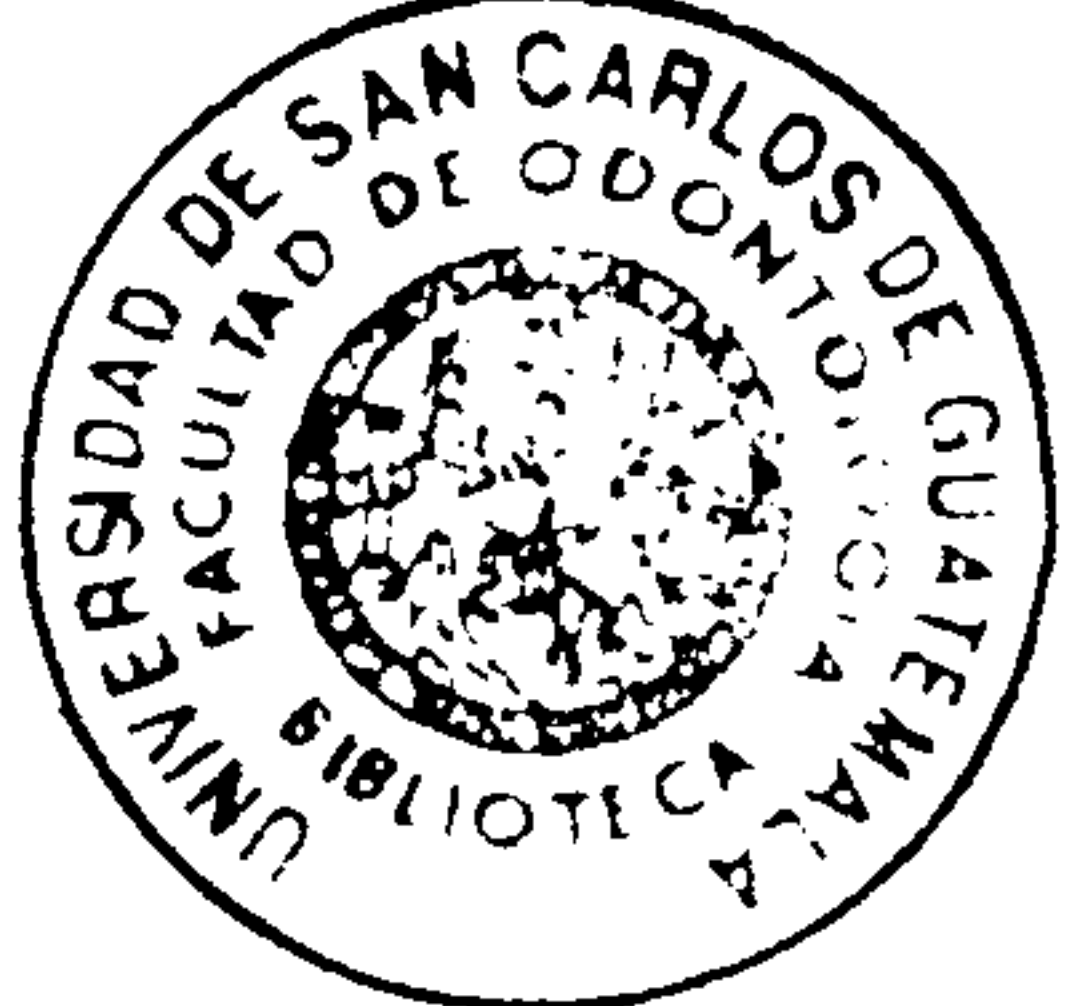



29. Ramirez C., G. A. Apuntes de tecnica operatoria. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontologia, Departamento de Opratoria, 1989. 314p.
30. Saizar, Pedro.-- Prostodoncia Total / Pedro Saizar.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1972. 495p.
31. Salud Integral en la fase de desmovilizado y de la incorporacion de la URNG a la vida ciudadana. Guatemala, URNG, Julio de 1997. 72p. (version final para comentario.)
32. San Ramon, H. La democracia de las armas. Mexico, Latinoamericana, 1994. 280p.
33. Seltzer, Samuel.-- Pulpa Dental / Samuel Seltzer, I. B. Bender ; trad. por Jose Antonio Ramos Tercero.-- Mexico : 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.-- Mexico : La prensa medica Mexicana, 1983. pp. 13 - 15.
35. Henderson, Davis.-- Protesis Parcial Removible / David Henderson, Victor 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 Sierralta, Myrna Khayan B. y Mena L. Valles.-- 2a. ed.-- Caracas, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 1993. Pp. 1 - 20, 97 -100, 117.
37. Taller de Homogenizacion de criterios para la atencion de salud integral en la fase de desmovilizacion. Guatemala, URNG, 1997. 73p.

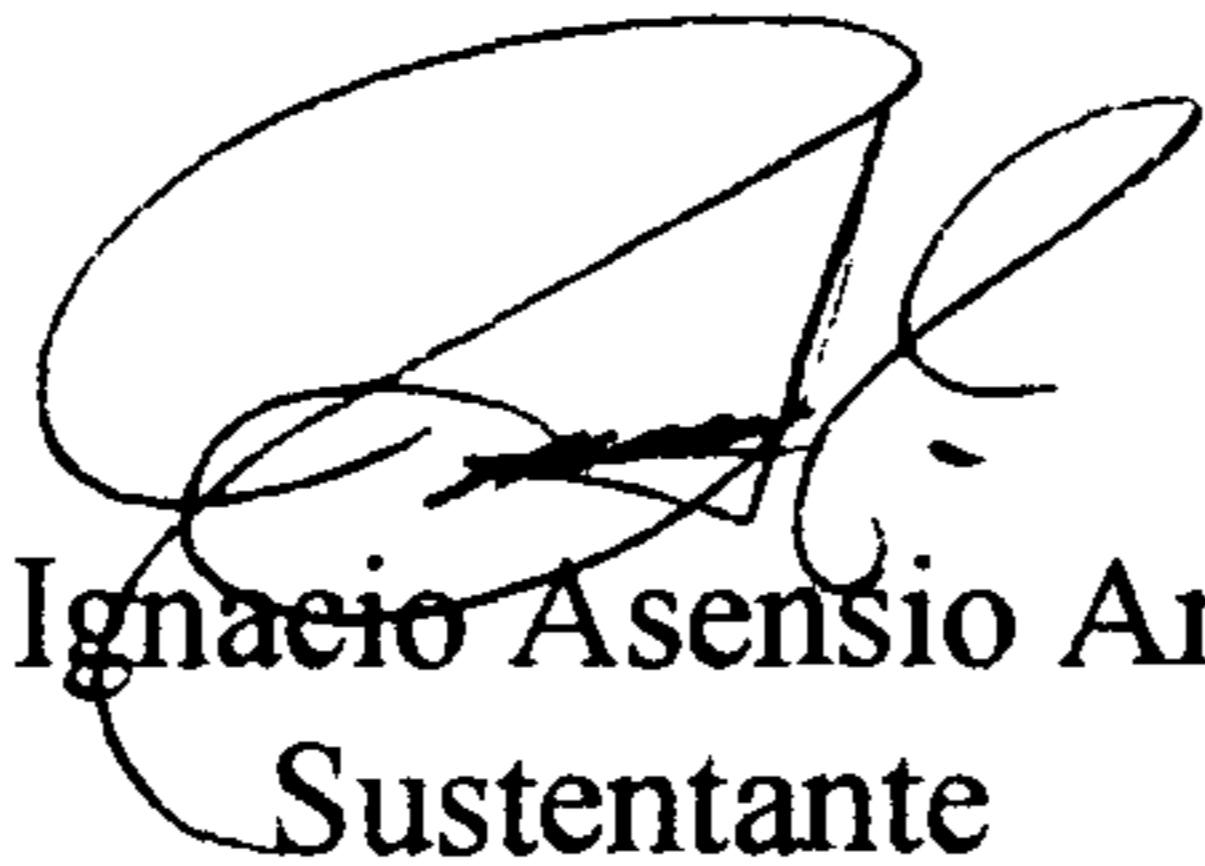


38. Tiempo de paz-- P. 30.-- En periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala). Año XLVI, No. 14685. (lunes, 30 de Diciembre de 1996).
39. Un Quetzal-- p. 16.-- En periódico Tinamit (Guatemala). Año VI, 2a. Epoca. No. 202. (jueves 20 al miercoles 26 de Febrero de 1997).
40. Valdeavellano Pinot, R. Manual de Exodoncia. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area Médico Quirúrgica. Unidad de Cirugía. 60pp.

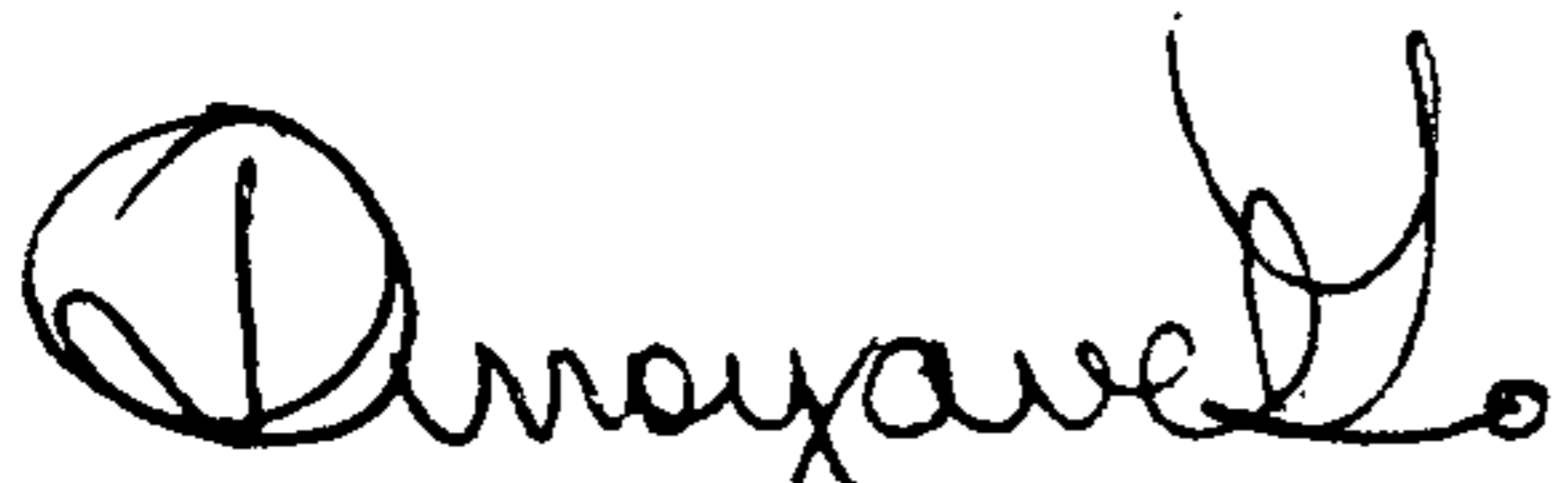
Vo. Bo.



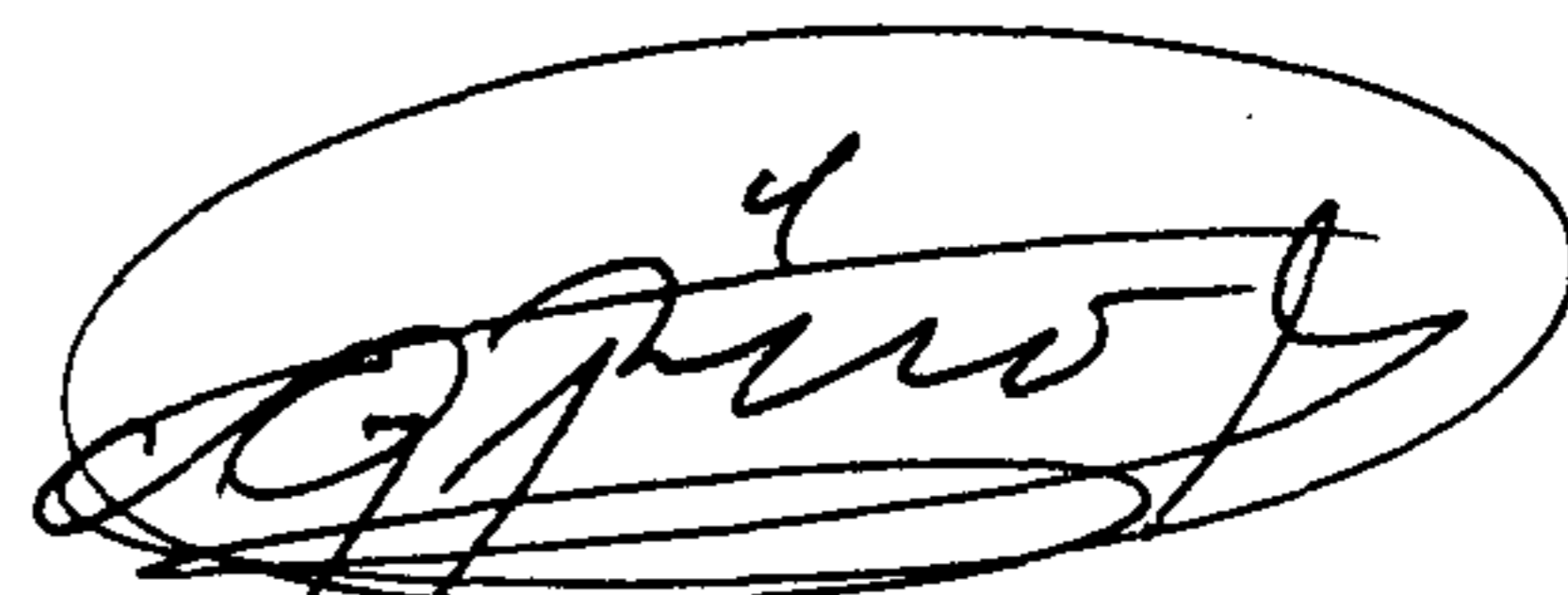
# REVISION DE INFORME FINAL



Juan Ignacio Asensio Anzueto  
Sustentante



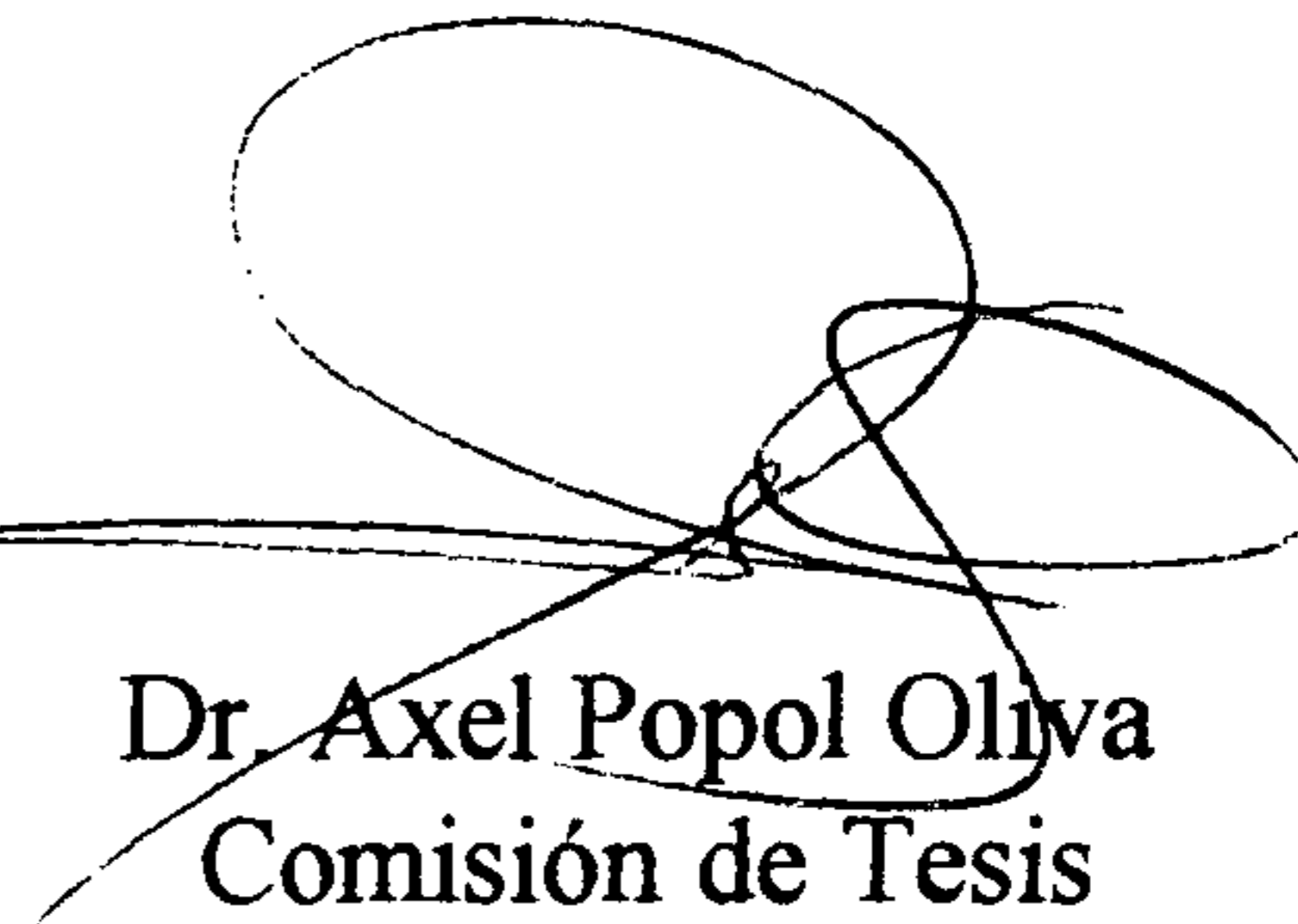
Dr. Danilo Arroyave Rittscher  
Asesor



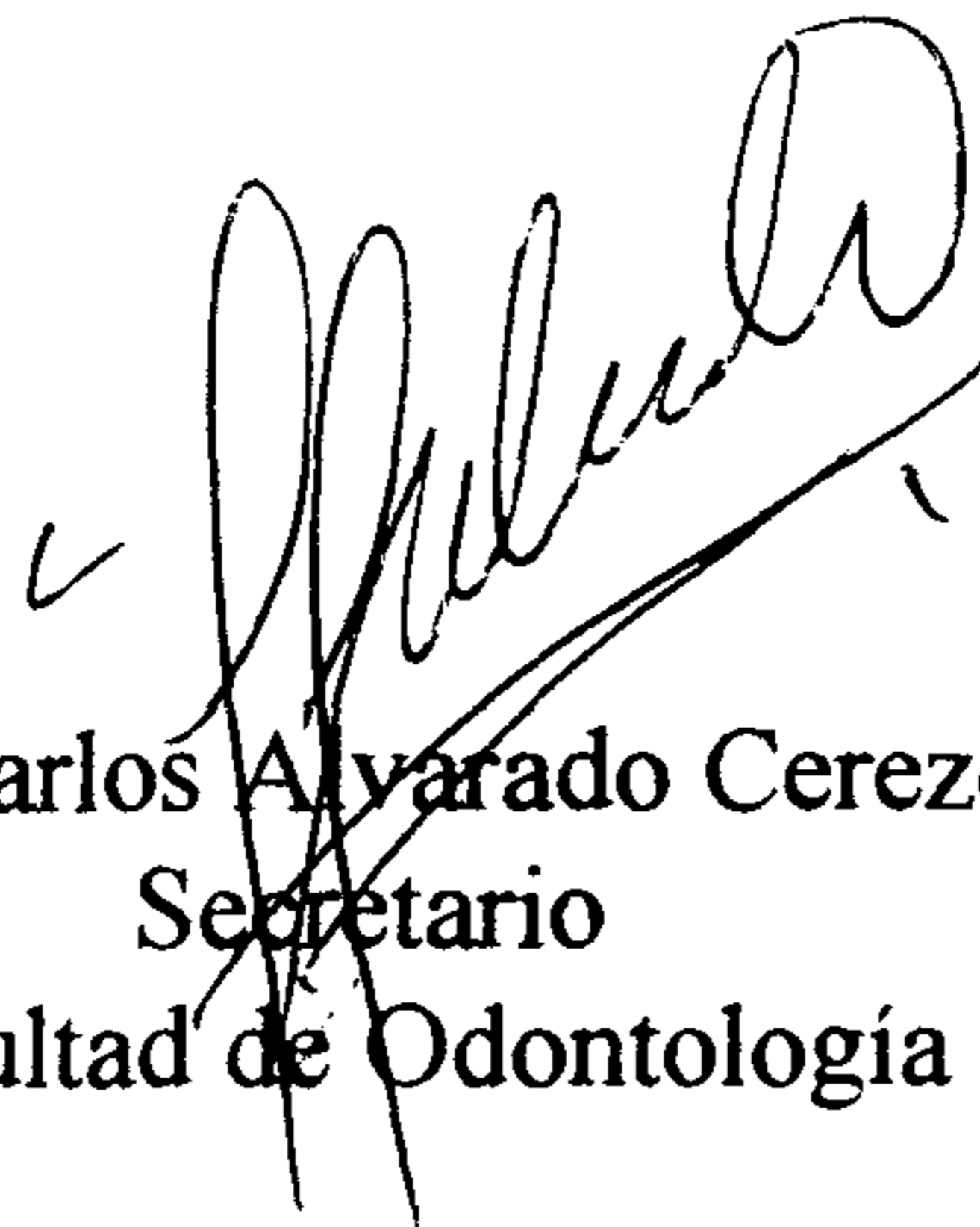
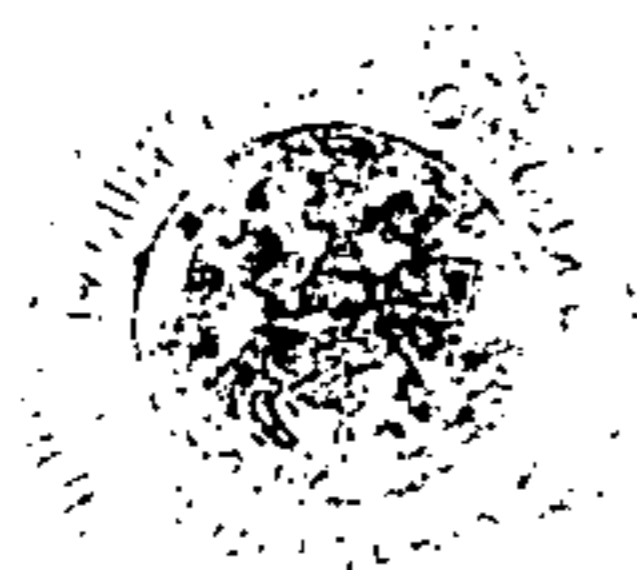
Dr. Rodolfo Soto Galindo  
Asesor



Dr. Guillermo Rosales Escriba  
Comisión de Tesis



Dr. Axel Popol Oliva  
Comisión de Tesis



Dr. Carlos Alvarado Cerezo  
Secretario  
Facultad de Odontología