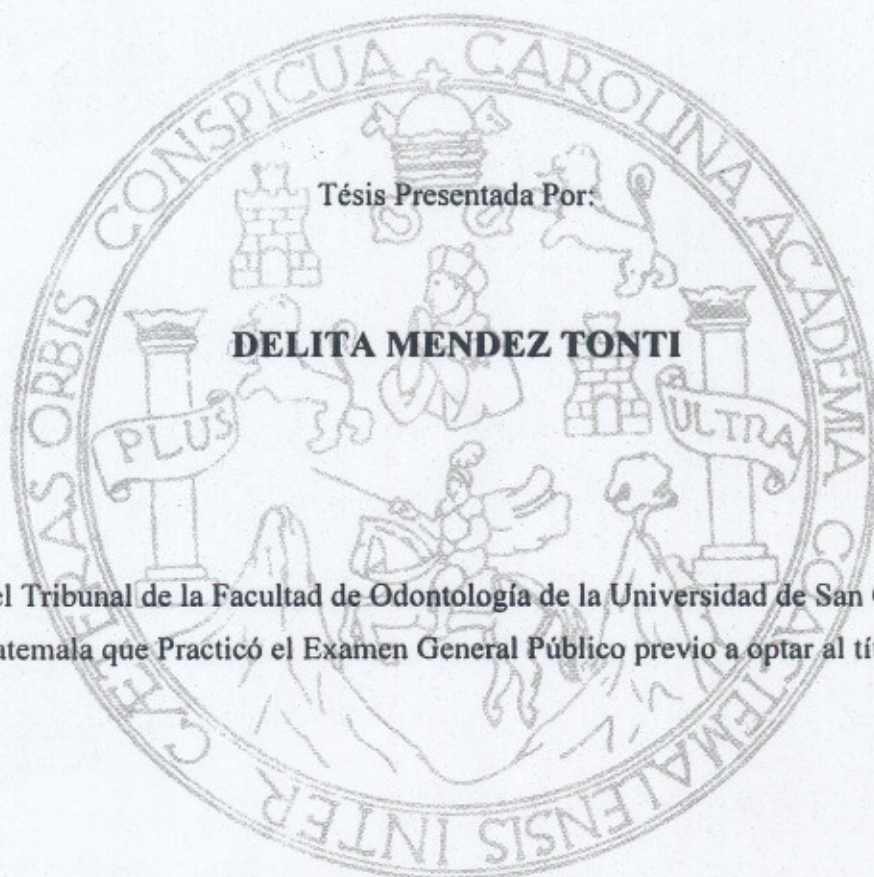


DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN
DEL CAMPAMENTO TULULCHÉ II, MUNICIPIO DE CHICHÉ,
DEPARTAMENTO DEL QUICHÉ, EN LA FASE DE
DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA URNG A LA VIDA
CIUDADANA, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DEL AÑO
DE 1997



Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de
Guatemala que Practicó el Examen General Público previo a optar al título de

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, marzo de 2000

DL
09
T(1515)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

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

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Rodolfo Soto Galindo
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Martínez Solares
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por la Dädiva de Vida y Amor

A MI MADRE

ETHELVINA MÉNDEZ (Q.E.P.D.)

Dios me bendijo con once años de tu presencia, en los cuales sembraste las semillas de Amor, Moral, Dignidad y Serenidad

A MIS ABUELOS

TOMÁS Y PRISCILA MÉNDEZ (Q.E.P.D.)

En su avanzada edad con mucho cariño y sabiduría se dedicaron regar aquellas semillas y a fortalecer la tierra en que fueron sembradas

A MI PADRE

GENARO BAEZA (Q.E.P.D.)

Si se pudieran mover las manecillas del reloj y retroceder nueve meses, estarías compartiendo mi triunfo

A MI ESPOSO

PETER JOHN TONTI

Por tu amor, paciencia y comprensión infinitos que me permitieron culminar mi carrera, te amo

A MIS HIJOS

GIULIANNA MARGARITA Y GIANNI

Quienes junto a mi pasaron todos los sacrificios y esfuerzos que se requirieron para alcanzar mi meta, ustedes son mi vida

A MI MADRASTRA

WINCIE BAEZA

Te quiero mucho

A MIS HERMANOS

**ELMER, YANIRA, CELY, JERRY, ELY,
SALLY, TURO, NOCHI, KITO**

Con mucho amor y cariño

A MI SUEGRA

MARGARET TONTI (Q.E.P.D.)

A LOS ESPOSOS SABIDO

TOM Y DUDI

Gracias por su quía y consejos

**AL EMBAJADOR
DE BELICE**

MIKE MENA Y FAMILIA

Gracias por todo el apoyo que me brindó

A MIS AMIGAS

ETHEL, SARITA Y JEANNETTE

Por una amistad genuina como una gema

A LAS FAMILIAS

**ROMÁN MIRANDA, MELGAR MARTÍNEZ,
SÁNCHEZ REYES, GUERRA NÓCHEZ,
SEIFERT HOPUN**

Con mucho cariño

**A MIS AMIGOS Y
COMPAÑEROS**

Especialmente **DANNY, SANDRA, ARTURO,
JORDI y VICENTE**

A TODA MI FAMILIA

Especialmente: **TÍO PEPE, TÍA JULIA, LOUIS,
JOYCE, RO, BOB y KETCHI**

A

JAIME, ELVIN, MIRZA Y JUAN JOSÉ

Gracias por la ayuda en esta tesis

Y A USTED

DEDICO ESTA TESIS

- A** **BELICE**
Mi Patria
- A** **ORANGE WALK**
Pueblo que me vió nacer
- A** **GUATEMALA**
Que me permitió toda una vida
- A** **UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**
- A** **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**
- A** **MIS ASESORES:** Dr. Danilo Arroyave Rittscher y
Dr. Rodolfo Soto Galindo
- A** **MIS CATEDRÁTICOS E INSTRUCTORES**
Especialmente Dr. Danilo López Pantoja y
Dr. Linton Grajeda Salazar, con gratitud
- A** **PERSONAL ADMINISTRATIVO**
Mis agradecimientos

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado

Diagnóstico y Atención de Salud Bucal de la Población del Campamento Tululché II, Municipio de Chiché, Departamento del Quiché, en la Fase de Desmovilización e Incorporación de la URNG a la Vida Ciudadana, durante los Meses de Marzo y Abril del Año 1997.

Conforme lo demandan los Estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título

CIRUJANO DENTISTA

Quiero agradecer sinceramente a mis asesores de tesis Dr. Danilo Arroyave Rittscher y Dr. Angel Rodolfo Soto Galindo, y a todas las personas que colaboraron conmigo para la realización del presente trabajo.

Y a ustedes distinguidos miembros de éste Honorable Tribunal Examinador, me dirijo con toda consideración y respeto

HE DICHO

ÍNDICE

Página No.

SUMARIO	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN	5
REVISIÓN DE LITERATURA	6
OBJETIVOS GENERALES	36
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
VARIABLES	37
INDICADORES DE LAS VARIABLES	37
METODOLOGÍA	38
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	44
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
LIMITACIONES	58
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
ANEXOS	61
BIBLIOGRAFÍA	73

SUMARIO

Se realizó un trabajo de diagnóstico y atención de salud bucal de la población desmovilizada de los excombatientes, miembros de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), procedentes de Huehuetenango, del zonal guerrillero Fernando Hoyos, ubicados en el campamento Tuluché II, Municipio de Chiché, El Quiché.

Se efectuó un examen odontológico al 100% de la población adulta dentro del campamento. El 100% se dividió en tres partes, ya que fueron tres Odontólogos Practicantes los que estuvieron a cargo de esta investigación.

Este estudio abarca a 81 excombatientes, de los cuales fueron 70 hombres y 11 mujeres. El estado de salud bucal de los excombatientes resultó mejor de lo que se esperaba, por el tipo de vida que ellos llevaron: muchos años en las montañas por la guerra, tener dieta baja en sacarosa y promotores dentales capacitados que residían también en las áreas de conflicto. Esto se refiere al grupo de excombatientes conocido como las fuerzas regulares, que residían en las montañas y en campamentos guerrilleros. Se constató que las fuerzas irregulares residían permanentemente en sus respectivas comunidades y solo acudían a las montañas cuando eran llamados por su respectiva comandancia.

Se realizaron : 87 detartrajes cubriendo al 100% de la población, 41 profilaxis, con sus correspondientes aplicaciones de fluoruro, 4 charlas sobre Educación en Salud Bucal y después de cada plática se hizo la práctica de técnica de cepillado, 102 restauraciones de amalgamas de las cuales 50 fueron solamente de la superficie oclusal, 62 restauraciones de resinas compuestas, 45 exodoncias y una cirugía de terceras molares, 2 pulpotomías y un tratamiento de conductos monorradicular, el cual se diagnosticó al momento de remover caries muy profunda. Se necesitaron 5 radiografías antes de la cirugía y algunas exodoncias, motivo por el cual los pacientes tuvieron que ser transportados al Hospital de Santa Cruz del Quiché.

INTRODUCCIÓN

El 29 de diciembre de 1996, culminó con la suscripción del Acuerdo de Paz Firme y Duradera entre la URNG y el Gobierno de Guatemala, un proceso de 10 años encaminado a dar fin al enfrentamiento armado interno en Guatemala. Las partes firmaron Acuerdos de carácter sustantivo sobre temas que incluyeron: Los Derechos Humanos, La Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, El Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria , el Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejército en una Sociedad Democrática. (16)

En los mismos Acuerdos se estableció la conformación de la Comisión de Apoyo Logístico, constituida el 18 de noviembre de 1996, dicha Comisión fue coordinada por la Misión de Verificación de Naciones Unidas para Guatemala (MINUGUA) y contó con representantes de URNG, Instituciones del Gobierno de la República (Comisión Nacional para la atención de Repatriados, Refugiados y Desplazados -CEAR-, Comisión Presidencial para la Paz -COPAZ-), 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. (32)

Se realizó la fase diagnóstica de todos los excombatientes como base para la clasificación y determinación de la atención odontológica. La segunda fase fue de identificación para trabajar

una población meta de 60% de la totalidad de concentrados. La tercera y última fase será la elección de las piezas dentales a ser tratadas. (39)

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

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

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

La guerra surgió como consecuencia de la contra revolución que en 1954 derrotó al presidente electo constitucionalmente, el coronel Jacobo Arbenz Guzmán y de la radicalización que ello provocó en los militares que se sublevaron en 1960, en contra del General Ydígoras Fuentes, quien permitió en territorio guatemalteco, el entrenamiento de los anticastristas que fracasaron posteriormente en Bahía Cochinos y en los actores políticos de la izquierda que tomaron el camino de las armas en 1962, luego de un escandaloso fraude electoral, cuando las protestas civiles desarmadas se reprimieron salvajemente con fusiles en un contexto mundial de guerra fría. (41)

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

Todo comenzó dentro de las filas del ejército; una insubordinación entre los mismos oficiales para derrocar al régimen. Ningún Guatemalteco imaginó que a partir de ese momento, cuando el calendario marcaba el 13 de Noviembre de 1960, se iniciaba una de las etapas más oscuras y dolorosas de la historia de Guatemala. (16)

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

- A.- Descontento por razones internas: en relación a las políticas del entonces Ministro de la Defensa Nacional, disgusto por corrupción y descuido en diversas ramas de la administración militar.

B.- Descontento por razones externas: los militares se resentían de los preparativos para la invasión a Cuba, que desarrollaba la brigada de exiliados cubanos llamada " 2506 " en los terrenos de la finca Helvetia, en Retalhuleu. Esto último se explica si se recuerdan los condicionantes de la ideología militar: soberanía nacional, no existencia de otros cuerpos armados en el país.

C.- Descontento contra el gobierno del General Ydigoras, por corrupción en la administración pública.

La rebelión fracasó porque buena parte de los conjurados se retiraron de la misma a último momento. Ello se debió a que una tendencia considerada como muy izquierdista por el resto de oficiales, buscaba imponerse en la dirección de la asonada.

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

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

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

Simultáneamente surgen otros intentos golpistas como el del exministro de la Defensa en tiempo de Jacobo Arbenz., Carlos Paz Tejada efectuado en Concuá, Baja Verapaz y el de un hermano de Yon Sosa; sin embargo ambos fracasan en sus intentos.(25, 26, 40)

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 política de los trabajadores asalariados del campo y la ciudad y de los campesinos pobres. El PGT actuando en la clandestinidad y sometidos a una intensa y permanente persecución, habían mantenido una

actividad basada en impulsar la reorganización de los sectores populares y pequeño-burgueses progresistas. En 1960 su III Congreso había aceptado impulsar todas las formas de lucha y en 1961 el Comité Central había estimado que las condiciones estaban dadas para impulsar la lucha armada. De acuerdo a esa concepción, el PGT organizó en marzo de 1962 la apertura de un frente guerrillero en la región de Concuá, Baja Verapaz que había de operar bajo el nombre de 20 de Octubre.

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

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

Según César Montes, uno de los errores de Peralta Azurdia fue el enfrentar a la guerrilla de aquel entonces; tuvo aciertos y mantuvo un combate contra la corrupción y estableció el aguinaldo pero comenzó a combatir a los del 13 de Noviembre después de derrocar a Ydígoras. El movimiento guerrillero inicia en 1963 cuando Peralta Azurdia había derrocado a Ydígoras, entonces se inició la lucha contra Peralta Azurdia y en esos tres años ésta creció.(23)

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 -FAR- fundada en 1962 por Pablo Monsanto

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

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

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

En el período que va desde principios de 1963 a fines de 1966, el movimiento guerrillero en Guatemala se desarrolla hasta alcanzar un auge momentáneo. Los aspectos más importantes de ese proceso son los políticos, donde la guerrilla se planteó fundamentalmente como un movimiento militar de orientación socialista, políticamente representado por el PGT; se efectuó un intento de constituir un frente único, llamado Frente Unido Revolucionario -FUR-, que ampliara el apoyo político a la guerrilla. A partir de 1964, se presenta una facción divisionista de tendencia trostkista de la IV Internacional, la cual influye en el frente guerrillero de Yon Sosa, por medio de Francisco Amado; por eso dicho comandante se separó de las FAR y continuó operando independientemente

con el nombre de Movimiento Rebelde 13 de Noviembre.(7)

La contracción de los dos períodos de auge guerrillero de 1966-67 y de 1982 se lograron : a un altísimo costo social en vidas humanas , destrucción de la población con altos grados de violaciones de los derechos humanos y errores en la conducción del movimiento armado, perdiéndose así su unidad interna.(17, 41)

En 1970 la guerra empieza a tornarse más compleja y la guerrilla comienza una nueva táctica, la del secuestro político, para exigir la liberación de sus miembros. En tres oportunidades la insurgencia logra buenos resultados, pero su cuarto operativo en el cual pretendían secuestrar al embajador estadounidense John Gordon Mein, para intercambiarlo por el insurgente Camilo Sánchez, 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(40).

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, Petén. En la segunda intentona de 1971-72 las columnas guerrilleras permanecieron algunos meses en la selva realizando operaciones de hostigamiento, como la captura del campamento militar de Las Tortugas y eludiendo las patrullas militares enviadas en su contra; en esa intentona murió el último militar que pertenecía a las FAR, teniente Rodolfo Chacón.(7).

En los 70 se inicia la modalidad de gobiernos institucionales precedidos por militares. El alto mando del ejército selecciona a su candidato y lo impone fraudulentamente a través del partido político o coalición de partidos que estima conveniente para apoyar institucionalmente a su elegido. Así asumieron el poder los generales: Carlos Arana Osorio, Kjell Eugenio Laugerud García y Fernando Romeo Lucas García.(33)

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 laboralista Mario López Larrave, del secretario general de PGT Humberto Alvarado, así como hechos de violencia regionales en Ixcán, norte de Quiché, como parte de las medidas contra las operaciones de la guerrilla del EGP y el de Chiquimula.(7,12)

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

En este mismo año, la comunidad nacional e internacional se ve conmocionada ante la masacre de Panzós, Alta Verapaz donde cerca de 100 campesinos mueren a manos del ejército, durante una protesta para exigir tierras; en esta época la lucha contrainsurgente se agudiza y la violencia aumenta.(40)

Hasta entonces la comunidad internacional se limitaba a condenar la violación contra los derechos humanos, pero el 31 de Enero de 1980, se vio forzada a aislar a Guatemala del contexto mundial. Varias decenas de personas mueren tras la ocupación de la embajada de España en Guatemala, por activistas del Comité de Unidad Campesina -CUC-. Un comando de las fuerzas de seguridad intentan desalojarlos lanzando bombas de fósforo blanco, de inmediato estallan bombas Molotov y el inmueble estalla en llamas.(33, 40)

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

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

En 1983 Efraín Ríos Mont es derrocado y asume el poder el general Oscar Humberto Mejía Víctores, convocando a una Asamblea Constituyente para elaborar una nueva constitución política de la República y programa elecciones generales para 1985.

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

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

Esta maniobra aperturista contó con el apoyo reforzado de países como Israel y Taiwan, los que han estado presentes en todo el modelo contrainsurgente, pero en ese momento jugaron un papel principal dentro de la guerra política.

En 1986 toma posesión Vinicio Cerezo Arévalo, siendo el primer presidente electo de forma transparente, comenzando a negociarse con la insurgencia, poniendo como condición que depusieran las armas, llevándose a cabo la primera reunión en El Escorial bajo la observancia del gobierno de España y el embajador guatemalteco Danilo Barillas.

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

La mediación de la Comisión Nacional de Reconciliación -CNR- precedida por Monseñor Rodolfo Quezada Toruño y asesorada por los ciudadanos notables Teresa Bolaños de Zarco y Mario Permuth logra la firma del acuerdo para la búsqueda de la Paz, por medios políticos.(13, 40)

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

1.- El Proceso de Contadora :

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

2.- La negociación indirecta comprende:

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

* Nota: la Comisión Nacional de Reconciliación -CNR- 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.
- 4.4. URNG propone el documento: Una Paz Justa y Democrática, Contenido de la Negociación, mayo 1993.

- 4.5. Gobierno propone documento: La Paz no es solo la Ausencia de Guerra sino Creación del Conjunto de Condiciones que le Permitan al Hombre Vivir sin Angustias ni Temores, junio 1992.

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

- 5.1. Acuerdo Marco para la reanudación del proceso de negociación entre el Gobierno y la URNG, México, enero 1994.
- 5.2. Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, México, marzo 1994.
- 5.3. Acuerdo de Calendarización de 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 la negociación.
- 6.2. Moderación de las negociaciones bilaterales.
- 6.3. * Asamblea de la Sociedad Civil (ASC).
- 6.4. Papel de los países amigos (Colombia, USA, México, Noruega y Venezuela.)
- 6.5. Procedimientos.
- 6.6. Mecanismos de verificación.

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

Investigación y Organización de Derechos Humanos.

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

1. Los puntos que regulan Acuerdo Global sobre Derechos Humanos son:

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

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

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

3. El acuerdo sobre la Comisión para el Esclarecimiento Histórico de las Violaciones a los Derechos Humanos y los Hechos de Violencia que ha Causado Sufrimiento a la Población comprende:

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

4. El Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas comprenden:

- Identidad de los pueblos indígenas.
- Lucha contra la discriminación.
 - * Lucha contra la discriminación legal y de hecho.
 - * Derecho de la mujer indígena.
 - * Instrumentos internacionales.
- Derechos culturales:
 - * Idioma.
 - * Nombres, apellidos y toponimia.
 - * Espiritualidad.
 - * Templos, centros ceremoniales y lugares sagrados.
 - * Uso del traje.
 - * Ciencia y tecnología.
 - * Reforma educativa .
 - * Medios de comunicación masiva.

- Derechos civiles políticos, sociales y económicos:
 - * Marco constitucional.
 - * Comunidades y autoridades indígenas locales.
 - * Regionalización.
 - * Participación a todos los niveles.
 - * Derecho consuetudinario.
 - * Derechos relativos a tierras de los pueblos indígenas.
- Comisiones paritarias:
- Recursos
- Disposiciones finales.

5. Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria:

- Democratización y desarrollo participativo.
 - * Participación y concertación social.
 - * Participación de la mujer en el desarrollo económico y social.
- Desarrollo social:
 - * Educación y capacitación.
 - * Salud.
 - * Seguridad social.
 - * Vivienda.
 - * Trabajo
- Situación agraria y desarrollo rural:
 - * Participación
 - * Acceso a tierra y recursos productivos.
 - * Estructura de apoyo.
 - * Organización productiva de la población rural.
 - * Marco legal y seguridad jurídica.
 - * Registro de la propiedad inmueble y catastro.
 - * Protección laboral.

- * Protección ambiental.
- * Recursos.
- Modernización de la gestión pública y política fiscal:
 - * Modernización de la administración pública.
 - * Política fiscal.

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

- El estado y su forma de gobierno.
- El organismo legislativo.
- Sistema de justicia.
- Organismo ejecutivo:
 - * Agenda de seguridad.
 - * Seguridad pública.
 - * Ejército.
 - * Presidencia de la república.
 - * Información e inteligencia.
 - * Profesionalización del servidor público.
- Participación social.
- Participación de la mujer en el fortalecimiento del poder civil.
- Aspectos operativos derivados de la finalización del enfrentamiento armado.

(1, 2, 6, 9, 13, 17, 21, 24)

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

Entre los Acuerdos se incluye la salud, las partes coinciden en la necesidad de impulsar una reforma del sector nacional de salud. Dicha reforma debe ser orientada hacia el efectivo

ejercicio por la población del derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna y el efectivo desempeño por el estado, dotado de los recursos necesarios, de su obligación sobre la salud y asistencia social. (1)

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

La fase de desmovilización se pensó para que en un plazo de 60 días a partir del denominado "Día D", los excombatientes concentrados y desarmados en 8 campamentos, cuya ubicación fue seleccionada por la comandancia de URNG y la de MINUGUA , de acuerdo con las áreas de acción del grupo desmovilizado, un tercio de los excombatientes abandonara los campamentos en cada uno de tres períodos: del día "D+43" al día "D+48"; del día "D+49 al día "D+54"; del día "D+55" al día "D+60" (Acuerdo Sobre el Definitivo Cese al Fuego, art. 28). Como resultado de la negociación fue fijado específicamente el día 3 de Marzo de 1997 como "Día D", con lo que la fase de desmovilización había de concluir el 3 de Mayo de 1997. (32)

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

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

El 29 de Diciembre de 1996 con la presencia de 10 Jefes de Estado, Armando Calderón Sol (El Salvador), Roberto Reina (Honduras), Violeta Chamorro (Nicaragua), José María Figueres (Costa Rica), Ernesto Pérez Balladares (Panamá), Ernesto Zedillo (México), Rafael Caldera (Venezuela), Ernesto Samper (Colombia), el Jefe del Gobierno Español José María Aznar y el Gobierno como testigos de honor, el Presidente de la República Alvaro Arzú Irigoyen, los Comandantes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-, suscribieron el acuerdo de paz firme y duradera, que pone fin al conflicto armado de 36 años, durante una ceremonia celebrada en el Palacio Nacional.(16, 18)

En medio de la algarabía que se vivió en el parque central, el Presidente de la República Alvaro Arzú, acompañado del Comandante Guerrillero Rolando Morán, encendieron al pie de la

bandera la Llama de la Paz, que simbolizó el fin del conflicto armado en el país.

Después del 29 de diciembre de 1996, sólo habrá concluido una etapa del proceso de pacificación; la negociación fue 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, Director de Clínicas, como Representante de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud Integral en la Desmovilización e Incorporación de la URNG a la Vida Ciudadana.

La Comisión de Salud estaba integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-, la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-FO-, Unión Europea -UE-, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos -USAID-, Médicos sin Fronteras Francia -MSF-F-, Médicos del Mundo España -MDM-E-, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud -OPS/OMS-, que juntos conformaban : **La Comisión Multisectorial para Prestación de Servicios de Salud Integral en la Fase de Desmovilización e Incorporación de la URNG a la vida Ciudadana.** (32)

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

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

PRIMERO: Participación de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud, **derivado de los Acuerdos de Paz.** La Junta Directiva tomando en consideración lo resuelto por el Consejo Superior Universitario en el Punto Décimo Noveno del Acta No. 29-96 de su sesión celebrada el día 27 de noviembre de 1996 y de acuerdo con la recomendación del Consejo

Académico de esta Facultad, acordó:

- 1.1 Apoyar la participación de la Facultad de Odontología en el Proceso de Paz, integrándose al equipo multidisciplinario que participará en el programa Extraordinario de Salud en los campamentos de la URNG.
- 1.2 Que los estudiantes que voluntariamente se integren en ese programa que permanezcan por dos meses en los campamentos de la URNG, puedan elegir cualquiera de las opciones siguientes, en cuanto a su desempeño curricular en la Facultad de Odontología:
 - a. Que la actividad extraordinaria desarrollada durante esos dos meses en los campamentos de la URNG, sea equivalente a cuatro meses efectivos de su E.P.S (Estudio Profesional Supervisado).

Los Odontólogos Practicantes que optaron por ésta son:

- O.P Juan Carlos Villegas Loyo
- O.P María del Rosario Batres
- O.P Luis Eduardo Paredes Linares
- O.P Carolina Arango Mirón
- O.P Marcia Roulet Pellecer
- O.P Adrián Alvarado Cano
- O.P Rubén Sagarínaga
- O.P María del Rosario Monzón Acevedo
- O.P Luisa Fernanda Ramírez Archila

- b. Que realicen un trabajo de investigación en el campamento asignado, elaborado de acuerdo con los lineamientos de la Comisión de Tesis de esta Facultad, quien tendrá a su cargo la asesoría y aprobación de dicho trabajo, el cual se constituirá en la tesis de graduación.(18)

Los Odontólogos Practicantes que optaron por esta opción son:

- | | |
|---|--------------------------|
| O.P Mildred Tatiana Herrera España | O.P Arturo Castillo |
| O.P Vanessa Karla Paola Noguera Morales | O.P Sandra Aguilar |
| O.P Lidia Waleska Tejaxún Campos | O.P Delita Méndez Tonti |
| O.P Neyda Yesenia Zuleta Bonilla | O.P Byron Olivar |
| O.P Juan Ignacio Asensio Anzueto | O.P Julio Anleu Martinez |

O.P Léster Molina Soria	O.P José Juárez
O.P Rudy Ramírez	O.P Sara Sandoval
O.P Cesar Roulet Méndez	O.P Claudia Barrientos
O.P Rudy Ixcaraguá	O.P José Carranza
O.P Demetrio López	O.P David Batres
O.P Mario Medina	O.P Fredy Hernández
O.P Patricia Campbell Carrillo	O.P Mario De León
O.P Leonel Sinaí	O.P Juan Sebastián Rodríguez
O.P Mario Illescas	O.P Wagner Monterroso
O.P Carlos Mogollón	O.P Luis Carlos Herrera

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

1. Orientar sobre el Plan de Atención Integral, formas de ejecución, normas de atención y procedimientos de referencia y funcionamiento de salud dentro del campamento.
2. Orientar sobre las funciones del Equipo de Salud Interno, de la Comisión Local de Salud, del Equipo Coordinador y del Equipo de Apoyo.
3. Orientar sobre los programas de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental, de atención médica, salud bucal y salud mental.
4. Orientar sobre los talleres de Salud Mental.
5. Acercamiento inicial entre las partes. (32)

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

1. Vigilancia Epidemiológica y Saneamiento Ambiental:
 - Vacunación (Sarampión y Tétanos).
 - Desparasitación (sistémica y externa).
 - Administración de micronutrientes, vitamina A , hierro, ácido fólico.

- Control de calidad de agua (medición de cloro residual).
 - Control de residuos líquidos y sólidos.
 - Control de vectores.
 - Charlas educativas y promocionales a grupos.
2. Programa de Atención Médica:
- Identificación, clasificación y procedimientos de referencia y prioridad de atención.
 - Diagnóstico individual, elaboración de ficha clínica.
 - Atención médica por demanda.
 - Obtención de muestras de laboratorio (aspectos técnicos).
 - Orientación e intercambio de normas de atención sobre malaria, tuberculosis, enfermedades parasitarias (sistémicas y externas).
 - Manejo biológico.
3. Programa de Salud Mental:
- Talleres sobre salud mental.
 - Llenado de fichas de salud mental.
4. Programa de Salud Bucal:
- Criterios de atención dental, clasificación y priorización de atención.
 - Examen odontológico y llenado de fichas.
 - Rotación de personal para procedimientos odontológicos: exodoncias, operatoria, tratamiento periodontal. (39)

Responsabilidades Asumidas en el Plan por las Diferentes Instituciones Participantes:

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

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

- Asesorar al equipo coordinador y a la Comisión de Salud Local.
- Facilitar la cooperación de epidemiólogos.
- Papelería para la administración de servicios ofrecidos.

2.-Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-:

- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
- Conducir a nivel del Equipo de Salud Interno la planificación, ejecución, y evaluación de las acciones de todos los programas del Plan.
- Dar atención médica directa.
- Dar seguimiento, control de calidad, mantenimiento a la red de abastecimiento de agua y al tratamiento de residuos.
- Facilitar la coordinación de las instituciones a nivel local.
- Desarrollar el componente de salud mental.

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

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

4.- Médicos del Mundo España -MDM-E-:

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

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

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

6.- Universidad Misionera del Pobre -UMP-:

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

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

- Dirección técnica de las diferentes etapas del proceso.
- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
- Asesorar al equipo coordinador y a la Comisión de Salud Local.
- Administrar los recursos financieros de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos -USAID- para el fortalecimiento de la red de servicios de referencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-(32)

DESCRIPCIÓN DEL CAMPAMENTO:

Campamento Tululché II, Quiché:

- Ubicación del lugar:
- Coordenadas: 15°02'21'' N-91°01'40''
- Grupo Guerrillero: Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP-

- Número de excombatientes: Tuluché 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 mts. Circundante a ella hay otras de varios tamaños, oscilando entre los 1000 y los 400 mts. cuadrados.

- Clima:

Templado, noches frías, lluvias frecuentes de mayo a noviembre.

- Vías de Acceso:

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

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

- Tipo de Edificación:

- Techo de lámina de zinc, madera contrachapeada para forro de paredes, aislantes de plywood, suelo de tierra estabilizada. (22, 29, 32)(ANEXO 3,4)

DESCRIPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

El Equipo de Salud Interno (ESI) consistió de:

- Dos médicos de la URNG:

Dr. No.1, fue el responsable del ESI y el que coordinó todas las actividades de atención integral de salud, dentro del campamento. Además era el Coordinador del ESI de ambos campamentos, Tuluché I y Tuluché II, ya que solo una cancha de fútbol separaba ambos campamentos.

Dra. No.2, fue responsable de la Atención Integral de Salud dentro del campamento.

- Promotores de Salud (P.S.):

Fueron cuatro: Ellos participaron en las actividades de salud; organización y ejecución de jornadas de desparasitación y de vacunación, administración de micronutrientes, toma de muestras en el laboratorio y manejo de archivos.

- Un Promotor Dental:

Era mujer y solamente trabajó en la clínica dental en el campamento Tuluché I.

- Cuatro Odontólogos Practicantes:

Dos estudiantes mujeres y dos estudiantes hombres. En la clínica dental trabajaron solos, sin asistente dental durante la mayor parte del tiempo. En las últimas tres semanas los promotores de salud llegaron para capacitación. La responsabilidad consistió en participar en todas las actividades de salud bucal: identificación, clasificación, examen odontológico general, ficha diagnóstica, educación en salud bucal, tratamiento y referencia. Junto al médico responsable del ESI, participaron en la organización y programación de sus actividades, así como en las reuniones de evaluación del ESI. También fueron responsables del manejo y control de las fichas odontológicas en el interior del campamento, así como del cuidado y mantenimiento del equipo dental.

DESCRIPCIÓN DEL MODULO MÉDICO - ODONTOLÓGICO:

Las instalaciones las conformaban: la clínica dental, la clínica médica (consultorio, encamamiento, cuarto para el médico en turno, oficina), la farmacia y la bodega de medicamentos. El área de construcción era de 30 mts. de largo x 4 mts. de ancho. El techo de lamina, el piso de cemento, puertas y ventanas de madera, las paredes de adobe. (ANEXO 4.3)

DESCRIPCIÓN DE LA CLÍNICA Y EQUIPO ODONTOLÓGICO:

El área de construcción era de 8mts.de largo x 4mts. de ancho, 2 puertas, 3 ventanas y constituía el primer cuarto de esta instalación hacia la dirección del campamento. (ANEXO 4.3)

El equipo consistió de: tres sillones dentales proporcionados por la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos; cuatro lamparas de escritorio, cuatro unidades dentales, instrumental para áreas de periodoncia, operatoria, exodoncia y endodoncia, cuatro piezas de mano para alta velocidad, cuatro micromotores y sus respectivos contrángulos, proporcionado por los

Odontólogos Practicantes; dos compresores, una estantería de metal, una celda solar y una planta de energía de gasolina, donado por Médicos del Mundo - España.

DESCRIPCIÓN DEL PERSONAL DEL CAMPAMENTO:

La procedencia de la mayor parte de los excombatientes en este campamento era Huehuetenango y su idioma era el Mam. El orden del mando era: Comandante, Subcomandante, Jefes de Pelotón (Tenientes) y Pelotón. Este campamento también se conocía como El Zonal Guerrillero F.H. (Fernando Hoyos).

OTRAS ORGANIZACIONES QUE RESIDÍAN EN EL CAMPAMENTO:

- La Cruz Roja Española: un miembro.
- Misión de Verificación de Naciones Unidas para Guatemala (MINUGUA): quince miembros.

ASPECTOS BIOLÓGICOS Y DISCIPLINAS DE LA ODONTOLOGÍA QUE ABARCÓ 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, encía adherida, ligamento periodontal, hueso y cemento. (10,11)

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

PERIODONTITIS:

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

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

GINGIVITIS:

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

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

- 1.- Etapa I: clínicamente la reacción inicial de la encía a la placa bacteriana no es evidente. Esta reacción vascular es en esencia la dilatación de capilares e incremento del flujo sanguíneo.
- 2.- Etapa II: conforme pasa el tiempo, aparecen signos clínicos de eritema, también puede presentarse hemorragia durante el sondeo.
- 3.- Etapa III: en ésta, los vasos sanguíneos se obstruyen y se congestionan; el resultado es anoxemia gingival localizada, la cual superpone un matiz azulado en la encía enrojecida..

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

Entre otros tipos de enfermedad gingival están:

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

OPERATORIA DENTAL:

Parte de la odontología que estudia todos los procedimientos manuales destinados a evitar y curar la enfermedad de los dientes (caries dental), reparando la destrucción causada por la misma. El término operatoria dental comprende la profilaxis de la caries, obturación y restauración de las piezas dentales afectadas. (4, 30)

CARIES DENTAL:

Es una degeneración progresiva y localizada de los dientes, que se inicia por

desmineralización superficial de los tejidos duros debido a los ácidos orgánicos, como el ácido láctico elaborado por los microorganismos de la placa bacteriana, entre los que están: microplasma, levaduras, protozoarios, virus en diferentes proporciones, streptococcus mutans, colonias de cocos, sanguis, especies de lactobacillus, actinomyces viscosus, streptococcus salivarius, actinomyces naeslundii, bacteroides y espiroquetas. (10,34)

PRÓTESIS TOTAL:

Rama de la prótesis dental que reemplaza la pérdida total de los dientes naturales en ambas arcadas o solamente en una. (10,31)

Están indicadas:

- cuando existen maxilares sanos, relaciones intermaxilares normales.
- estado general satisfactorio.
- cuando por medio de cirugía se puede llegar a obtener un reborde adecuado.
- ausencia de estomatitis u otras patologías agudas o crónicas.(31)

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE:

Es la rama de la prótesis dental que se dedica al reemplazo de los dientes perdidos y de los tejidos que lo rodean a través de la utilización de piezas y tejidos presentes, mediante la planeación, diseño y construcción de prótesis que serán removidas por el paciente, contribuyendo de esta manera al confort y estética del paciente, siendo sus indicaciones: la longitud del espacio edéntulo que contraindique el uso de prótesis fija, ausencia de dientes posterior al espacio edéntulo, soporte periodontal disminuido en los dientes remanentes, necesidad de estabilización del arco cruzado para contrarrestar las fuerzas laterales y antero posteriores, pérdida excesiva del hueso del reborde residual usando una base de dentadura con una parcial removible para devolver la parte perdida de el reborde residual, necesidad de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción.(20,15,38)

PRÓTESIS FIJA:

Es la prótesis que reemplaza los dientes en una arcada parcialmente desdentada, la cual

puede constar de una, dos o más piezas, con una unión rígida, intermedia o una sola pieza, la cual no puede ser retirada de la boca. Este tratamiento está indicado cuando las piezas periodontalmente están sanas, si los retenedores están bien diseñados y si el espacio edéntulo es corto y recto. (37,28,36)

EXTRACCIÓN DENTARIA:

Es extraer un diente o muela de su posición o alvéolo. (10) Piezas que presenten destrucción dentaria profunda y/o destrucción de dos o más superficies dentales, con dolor agudo y movilidad, restos radiculares con o sin sintomatología, piezas dentales incluidas o supernumerarias, en condiciones periodontales agudas o crónicas las cuales no pueden ser tratadas periodontalmente, traumatismo y proceso patológico. (10, 43)

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL:

El proceso de prevención comprende todos los esfuerzos para oponer barreras a los progresos de la enfermedad en cada uno y todos sus períodos: período preclínico (prepatogénico), período clínico (patogénico), estadio final o sea la transición de salud a enfermedad.

ESTADIO PRECLÍNICO (PREVENCIÓN PRIMARIA)

- Primer Nivel:

Promoción de la Salud: es inespecífico, no está dirigido hacia la prevención de ninguna enfermedad en particular. Comprende todas las medidas encaminadas a mejorar la salud en general del individuo. Por ejemplo: nutrición óptima, ambiente agradable, vivienda saludable, condiciones adecuadas de trabajo, entretenimiento, descanso, vacaciones. En el caso de la cavidad bucal, crear condiciones favorables para que el aparato estomatognático se mantenga en estado de salud; eliminar los alimentos ingeridos entre comidas y con alto contenido de sacarosa.; una buena higiene bucal.

- Segundo Nivel:

Protección Específica: consiste en una serie de medidas para la prevención de la aparición,

o recurrencia, de una enfermedad en particular. Por ejemplo: control de placa bacteriana para la prevención de caries y enfermedad periodontal, vacunas, fluoruración del agua potable, fluoruro en colutorios, aplicación tópica de fluoruro, selladores de fosas y fisuras, etc.

ESTADIO CLÍNICO (PREVENCIÓN SECUNDARIA)

- Tercer Nivel:

Diagnóstico y Tratamiento Precoces: Abarca todas las medidas destinadas a poner en evidencia a la enfermedad, y tratarla, en las primeras etapas del período clínico. A este nivel son de gran utilidad las radiografías dentales interproximales, así como el tratamiento operatorio de lesiones cariosas incipientes.

Las afecciones se hallan en estado inicial, la mayoría de ellas podría y debería ser tratada por el clínico general. En algunos casos, como por ejemplo los de tumores malignos, éste es el primer estadio, y el más eficaz, en el cual se puede actuar exitosamente de acuerdo los conocimientos actuales.

Las periodontopatías pueden ser tratadas por métodos relativamente simples que en conjunto, constituyen lo que podríamos llamar tratamiento periodontal menor y que incluye:

- a) Raspado gingival y subgingival
- b) Desgaste selectivo (balance oclusal)
- c) Corrección de posibles factores generales predisponentes.

PREVENCIÓN TERCIARIA

- Cuarto Nivel:

Limitación de la incapacidad: éste nivel incluye medidas que tienen como fin limitar el grado de incapacidad producido por la enfermedad. La enfermedad bucal se encuentra en fases más avanzada, ha producido destrucciones de consideración. Es necesario el tratamiento por el especialista.

Los métodos constituyen el tratamiento periodontal mayor:

- a) Gingivectomía
- b) Osteotomía

- c) Osteotoplastia
- d) Gingivoplastia
- e) aparatos de contención (férulas).

Referente a las piezas dentarias, en este nivel se aplica la Odontología Restauradora: protecciones pulpares, procedimientos endodócticos, extracción de dientes infectados, prevención de la pérdida de vitalidad pulpar, prevención de la pérdida dentaria. Dichos procedimientos mejoran efectivamente la capacidad del individuo para usar el remanente de su aparato masticatorio.

- Quinto Nivel:

Rehabilitación del Individuo: abarca tanto la rehabilitación física como la psicosocial, ya que la enfermedad ha causado gran destrucción con la consiguiente pérdida de piezas dentarias. Medidas como la colocación de puentes y coronas, dentaduras parciales o completas. En algunos casos sería necesario todo un trabajo completo de rehabilitación oral. Con los avances de la odontología moderna se pueden tomar en cuenta en este nivel: implantes, injertos de tejidos duros, injertos de tejidos blandos, etc. (3, 19)

La Odontología Preventiva se define como la suma total de los esfuerzos destinados a formar, conservar y/o restuarar la salud del individuo, por medio de la promoción, mantenimiento y/o restuaración de la salud bucal.

De lo que antecede se deduce que la prevención se refiere primariamente al individuo como un ente total, y sólo en segundo término a la enfermedad o al órgano u órganos afectados.

INDICE COMUNITARIO DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

En el año 1977, la Unidad de Salud Bucodental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) nombró un comité de expertos de 14 países miembros de la Federación Dental Internacional (FDI) para revisar los métodos usuales disponibles para evaluar el estado periodontal y las necesidades de tratamientos. El índice que resultó después de extensas pruebas de campo hechas por los investigadores de la OMS y de la FDI, se llamó Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal (ICNTP). La recomendación resultante de este estudio se basó en la combinación de un examen clínico precoz y sistemas de investigación sistemática de la población; consistió en determinar clínicamente las diferentes categorías de la bolsa periodontal, la presencia del cálculo dental y de la hemorragia después de un sondeo cuidadoso.

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

1. El 90% de la población de 18 años de edad tendrá una salud gingival aceptable en la medida en que cada persona tenga sanos por lo menos tres segmentos (ICNTP = 0).
2. El 75% de la población de 35-44 años de edad tendrá una salud gingival aceptable en la medida en que cada persona tenga sanos por lo menos tres segmentos (ICNTP = 0).
3. No más del 10% de las personas de 65 años o más tendrá uno o más segmentos con bolsas profundas (ICNTP = 4).

Una sonda periodontal especial con un extremo esférico de 0.5 mm de diámetro y graduaciones que corresponden a bolsas poco profundas y profundas se desarrolló para sondear la hemorragia, cálculos y determinar la profundidad de la bolsa. En exámenes epidemiológicos, 10 dientes indicadores se examinan, pero sólo se anota el peor diente por sextante.

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

- | | |
|----------|---|
| CODIGO X | Menos de 2 dientes en función en el sextante. |
| CODIGO 4 | Bolsa de profundidad de 6 mm o más. |

- CODIGO 3 Bolsa de profundidad de 4o 5 mm.
- CODIGO 2 Cálculos supra o subgingivales o márgenes defectuosos de una obturación o corona y surcos no más profundos de 3 mm.
- CODIGO 1 Sangrado tras un sondaje correcto.
- CODIGO 0 Tejidos sanos.

Las necesidades de tratamiento se determinan según el código registrado.

- CODIGO 0 Ninguna
- CODIGO 1 Instrucción en Higiene Bucal (Control de Placa) (IHB).
- CODIGO 2 y 3 Raspado y Alisado Radicular (D) + (AR), además de (IHB), (D+AR) incluye la eliminación de los desajustes marginales de obturaciones y coronas.
- CODIGO 4 Requiere tratamiento periodontal complejo (TC), además de D+AR+IHB.
El tratamiento complejo puede incluir cirugía periodontal, curetaje subgingival y/o raspado profundo. (5, 27, 35)

OBJETIVOS GENERALES

- 1.- Diagnosticar el estado de salud bucal de los excombatientes de URNG, en la fase de desmovilización del campamento Tululché II, Chiché, El Quiché.
- 2.- Implementar acciones de promoción, prevención y tratamientos dirigidos a controlar el proceso de las enfermedades bucales más comunes de los excombatientes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

VARIABLES

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

1. SEXO: Condición psico-biológica que distingue varón de hembra (hombre-mujer). (8)
2. EDAD: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual. (8)
3. ETNIA: Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias.(8)

INDICADORES DE LAS VARIABLES:

1. SEXO: Por observación, en base a las características físicas generales de cada sexo, diferenciándolas entre masculino y femenino.
2. EDAD: Se anotó lo que el entrevistado refirió en años cumplidos hasta la fecha actual.
3. ETNIA: Se clasificó a los pacientes como: indígenas y ladinos, de acuerdo al grupo étnico que pertenecían.

METODOLOGÍA

POBLACIÓN:

El presente estudio se realizó con la población parcial de 81 excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) en el campamento Tuluche II, Chiché, El Quiché, concentrados durante el periodo de desarme y desmovilización.

Se tomó como muestra en forma aleatoria 81 excombatientes adultos de 258 que conformaban 100% la población concentrada en este campamento, tomando como unidad de análisis las necesidades de tratamiento odontológico de las personas desmovilizadas durante un periodo de 60 días (marzo y abril del año 1997). Las 81 personas adultas, excombatientes, miembros de la URNG, equivalen al 100% de la población del presente estudio.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

1. FICHA CLÍNICA

Se utilizó una ficha clínica diseñada especialmente para este fin, conteniendo cada una de las variables en estudio (ANEXO 1). Esta ficha contiene:

- DATOS GENERALES: los cuales fueron obtenidos interrogando al paciente sobre:
nombre, edad, sexo, escolaridad, etc.
- HISTORIA MEDICA ANTERIOR: En ella se hizo la anotación de los problemas médicos que el paciente ha padecido, determinando aquellos que puedan requerir cuidados especiales durante el tratamiento odontológico, haciendo su anotación en color rojo..
- HISTORIA ODONTOLÓGICA 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 fué anotada acá, basado en la inspección, palpación, sondeo periodontal e interrogación al paciente.

- **CLASIFICACIÓN** : clasificación del paciente en código de colores establecido por la URNG; color rojo (emergencias), amarillo (algunas emergencias), verde (tratamiento posterior) y blanco (ninguna patología).
- **ODONTOGRAMA**: donde se realizó la anotación gráfica de los hallazgos clínicos encontrados en el proceso del examen bucal, señalando la localización específica de los hallazgos. Incluyó un plan de tratamiento en donde se hizo un listado de los tratamientos requeridos por el paciente en el campo odontológico en el orden de prioridad presente.
- **PLAN DE TRATAMIENTO**: en este espacio se anotó el tratamiento a realizar , indicando el número de la pieza donde se haría el tratamiento. Después de realizar el tratamiento, éste se anotó con la fecha de realización detras de esta página.

Con esta ficha se logró la recopilación de datos establecidos de las variables planteadas, así como el logro de los objetivos propuestos.

Esta ficha quedó como propiedad estrictamente de la URNG.

2. FICHA PARA RECOPIACIÓN DE DATOS:

Esta ficha de recopilación de datos, fué proporcionada por la Facultad de Odontologia, de la Universidad de San Carlos y permaneció como propiedad del Odontólogo Practicante (Anexo 2).

Esta ficha contiene:

- **PX** : aquí se anotó la numeración de los pacientes por orden de atencion.
- **DIAGNOSTICO**: se anotó el diagnóstico segun la clasificación de severidad de acuerdo al código de colores establecido por la URNG, en la columna correspondiente.
- **SEXO**: se anotó en la columna correspondiente a M o F segun el sexo obvio de la persona.
- **EDAD**: se anotó los años que la persona dijo tener.
- **ETNIA**: se anotó en la columna correspondiente a Indígena o No Indígena.
- **ENDODONCIA**: esta sección no se uso ya que no se hizo este diagnóstico en el momento del examen.
- **PERIODONCIA**: la columna diseñada para identificar la pieza dentaria por su número no se usó y las otras seis columnas se usaron para representar los seis sextantes.

Aquí se anotó el número mas alto del sondaje por sextante.

- OPERATORIA: se divide en amalgamas y en resinas; la sección de amalgamas contiene cinco columnas correspondiendo a las diferentes clases de obturaciones segun la (s) superficie(s) dentarias involucradas; la sección de resinas contiene cuatro columnas.
- EXODONCIA: aquí se anotaron las piezas indicadas para extacción.
- OBSERVACIONES: aquí se anotó todo otro hallazgo encontrado, diagnósticos inmediatos.

PARAMETROS PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO:

1.- Periodoncia

Indice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal (ICNTP):

En este estudio se examinaron 475 sextantes, no incluyendo 3 sextantes edentulos. Se examinó el 100% de la población (81 excombatientes). Toda dentición se dividió en seis segmentos, como unidades básicas de examen para el registro de las necesidades de tratamiento. Para participar en el registro, el sextante debió de tener por lo menos 2 dientes en función. Si existió solamente un diente, su registro se incluyó en el sextante adyacente.

Para la presente encuesta epidemiológicas se examinaron 12 piezas.

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

Las terceras molares solamente se consideraron cuando reemplazaban la función de las segundas molares. Las piezas indicadas para extracción no se tomaron en cuenta.

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

CODIGO X	Menos de 2 dientes en función en el sextante.
CODIGO 4	Bolsa de profundidad de 6 mm o más.
CODIGO 3	Bolsa de profundidad de 4o 5 mm.

- CODIGO 2 Cálculos supra o subgingivales o márgenes defectuosos de una obturación o corona y surcos no más profundos de 3 mm.
- CODIGO 1 Sangrado tras un sondaje correcto.
- CODIGO 0 Tejidos sanos.

Las necesidades de tratamiento se determinaron según el código registrado.

- CODIGO 0 Ninguna
- CODIGO 1 Instrucción en Higiene Bucal (Control de Placa) (IHB).
- CODIGO 2 y 3 Raspado y Alisado Radicular (D) + (AR), además de (IHB), (D+AR) incluye la eliminación de los desajustes marginales de obturaciones y coronas.
- CODIGO 4 Requiere tratamiento periodontal complejo (TC), además de D+AR+IHB.
El tratamiento complejo puede incluir cirugía periodontal, curetaje subgingival y/o raspado profundo. (5, 27, 35)

El examen se realizó utilizando un espejo plano #5 y una sonda periodontal. Se examinó cuadrante por cuadrante y el código mas alto resultante por cuadrante se anotó en una ficha de recolección de hallazgos, en la sección de periodoncia. (Anexo 2)

2.- Caries:

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

3.- Exodoncia:

Se tomó en cuenta la destrucción dentaria profunda, destrucción de 2 o más superficies dentales, movilidad excesiva, restos radiculares, traumatismos.(10, 43)

4.- Prótesis:

Prótesis fija: se observaron las arcadas parcialmente desdentadas, de una o más piezas, con

una unión rígida intermedia. Se indicó en piezas sanas periodontalmente, espacios edéntulos unilaterales, cortos y rectos. (28)

Prótesis Removible: cuando el espacio desdentado no se encontró limitado en ambos extremos por dientes, espacios largos, pilares deficientes. (20)

Prótesis Total: cuando una o ambas arcadas se encontraron totalmente desdentadas o las piezas o restos radiculares están indicados para extracciones múltiples. (31)

CRITERIOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES BUCALES PARA LA POBLACIÓN META ESTABLECIDOS POR LA URNG.

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

ROJO: caso urgente de tratamiento inmediato

AMARILLO: caso con algunas urgencias de tratamiento

VERDE: con patología a tratar en etapa posterior

BLANCO: piezas sin caries ni patología de tejidos blandos.

- 1.- Para identificar las piezas a ser obturadas se priorizó un promedio de cinco piezas por persona de acuerdo a:
 - Priorizar las primeras o segundas molares permanentes superiores e inferiores y anteriores superiores con dolor leve, moderado o severo.
 - Caries y/o fractura dentaria con extensión de 2 o más superficies sin afección pulpar.
2. Para identificar las piezas de exodoncia, se priorizó un promedio de tres piezas por persona de acuerdo a:
 - Piezas que presenten destrucción dentaria profunda y/o destrucción de dos o más superficies, abscesos dentarios, dolor agudo o movilidad.
 - Restos radiculares con o sin sintomatología.
3. Priorizar los tratamientos periodontales de acuerdo a:
 - Pacientes que presenten encía con inflamación, presencia de cálculos y sangrado. (37)

**PRESENTACIÓN Y
DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Cuadro No. I

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DIAGNOSTICADA POR SEXO Y EDAD DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA SOCIAL, EN EL CAMPAMENTO TULULCHÉ II, CHICHÉ, EL QUICHÉ, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DEL AÑO 1997.

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-20	2	2.47	9	11.11	11	13.58
21-30	6	7.41	34	41.97	40	49.38
31-40	1	1.23	15	18.52	16	19.75
41-50	2	2.46	8	9.87	10	12.34
51-70	0	0	4	4.93	4	4.93
TOTAL	11	13.57	70	86.4	81	99.98

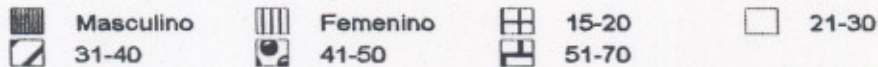
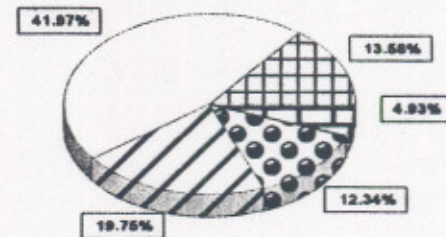
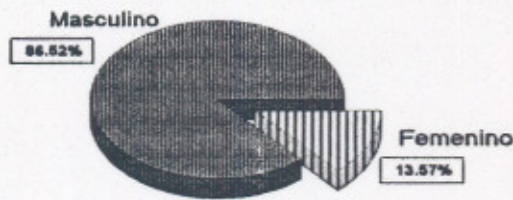
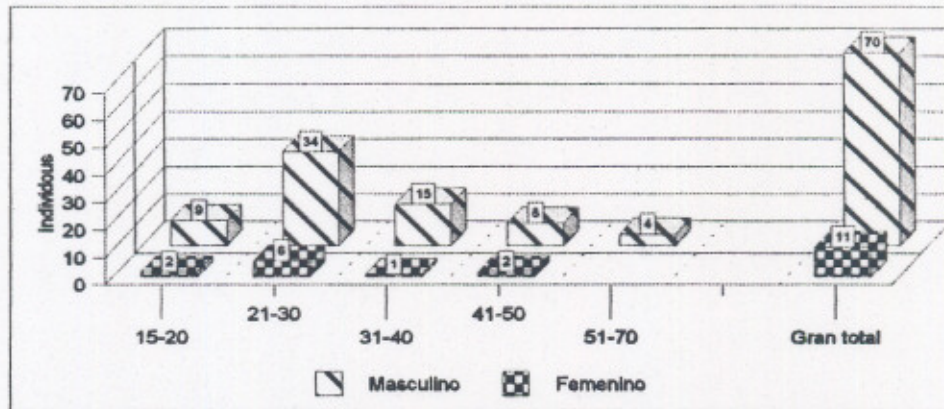
Fuente: Datos obtenidos por el investigador (anexo 2).

En el cuadro anterior se puede observar que hubo predominio del sexo masculino sobre el femenino, (86.4% sobre 13.57%).

En cuanto a edad es importante observar que la mayor parte son adultos jóvenes entre 21-30 años. No hubieron mujeres mayores de cincuenta años de edad y solo hubo 5% de hombres mayores de cincuenta años.

Grafica No. 1 y 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DIAGNOSTICADA POR SEXO Y EDAD DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA SOCIAL, EN EL CAMPAMENTO TULUCHÉ II, CHICHÉ, EL QUICHÉ, EN EL AÑO 1997.

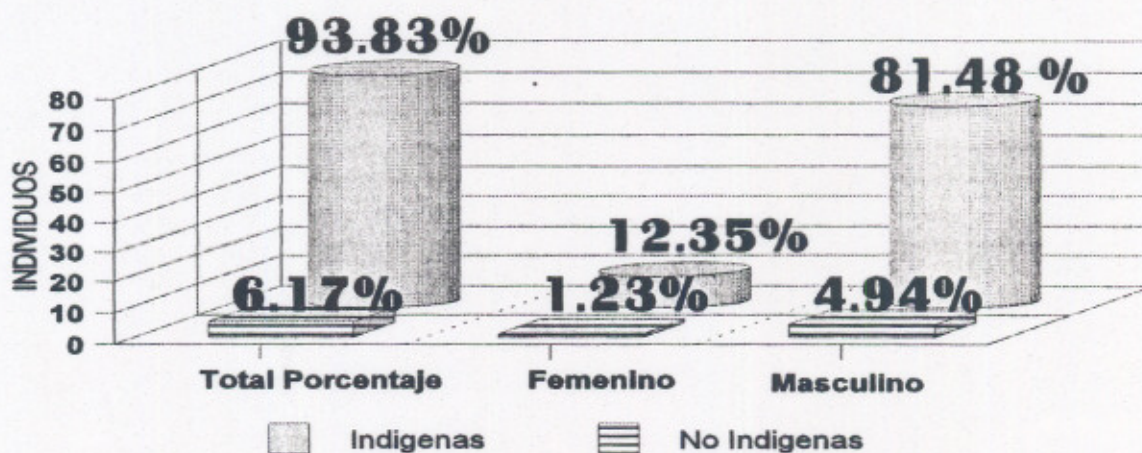


Fuente: Datos obtenidos del cuadro No. 1

Cuadro No. 2 y Grafica No. 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DIAGNOSTICADA POR SEXO Y ETNIA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA SOCIAL, EN EL CAMPAMENTO TULUCHÉ II, CHICHÉ, EL QUICHÉ, EN EL AÑO 1997.

ETNIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Indigenas	10	12.35	66	81.48	76	93.83
No Indigenas	1	1.23	4	4.94	5	6.17
Total	11	13.58	70	86.42	81	100



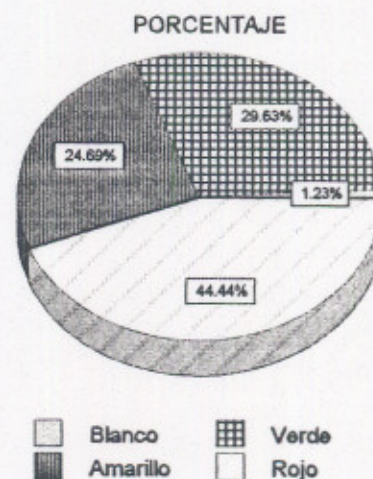
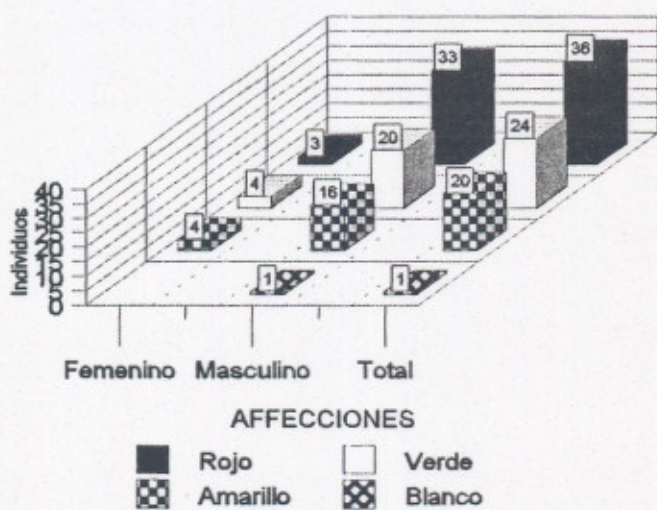
Fuente: Datos obtenidos por el investigador (anexo 2)

En esta gráfica se puede observar que el 93.83% eran indígenas tanto del sexo femenino como del masculino, sobre un 6.17% de ladinos, lo cual se debe a que la violencia en Guatemala tuvo un marco geográfico de acción, con mayor intensidad en áreas donde predominan los indígenas.

Cuadro No. 3 Grafica No. 4 y 5

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DIAGNOSTICADA POR SEXO Y CLASIFICACIÓN DE AFECCIONES DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA SOCIAL, EN EL CAMPAMENTO TULUCHE II, CHICHÉ, ELQUICHE, EN EL AÑO 1997.

SEVERIDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Rojo	3	3.70	33	40.74	36	44.44
Amarillo	4	4.94	16	19.75	20	24.69
Verde	4	4.94	20	24.69	24	29.63
Blanco	0	0.00	1	1.23	1	1.23
TOTAL	11	13.58	70	86.41	81	99.99



Fuente: Datos obtenidos por el investigador (anexo2).

Código de Colores:

Rojo- caso urgente de tratamiento inmediato

Amarillo- caso con algunas urgencias de tratamiento

Verde- con patología a tratar en etapa posterior

Blanco- piezas sin caries ni patología de tejidos blandos

En cuanto a la clasificación de afecciones bucales tanto el sexo femenino como el masculino, el código rojo predominó con un 44.44%; sin embargo los hallazgos encontrados reflejan un estado de salud mejor de lo esperado, considerando ésta población como aislada y heterogénea.

Es importante observar que el 1.23% de la población se clasifica en código blanco, lo cual indica que no tienen caries ni patología de tejidos blandos, lo que posiblemente es consecuencia de la dieta baja en carbohidratos, ya que estas personas habían nacido y crecido en las montañas.

Cuadro No. 4

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DIAGNOSTICADA POR SEXO Y SEGUN LA CLASIFICACIÓN DE CARIES DENTAL POR SUPERFICIES DENTALES DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA SOCIAL, EN EL CAMPAMENTO TULUCHÉ II, CHICHÉ, ELQUICHÉ, EN EL AÑO 1997.

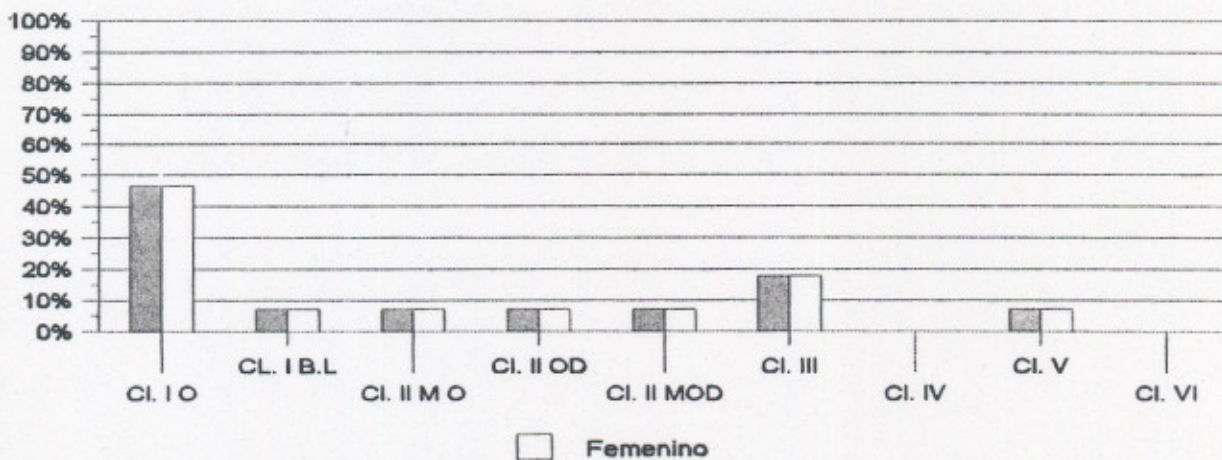
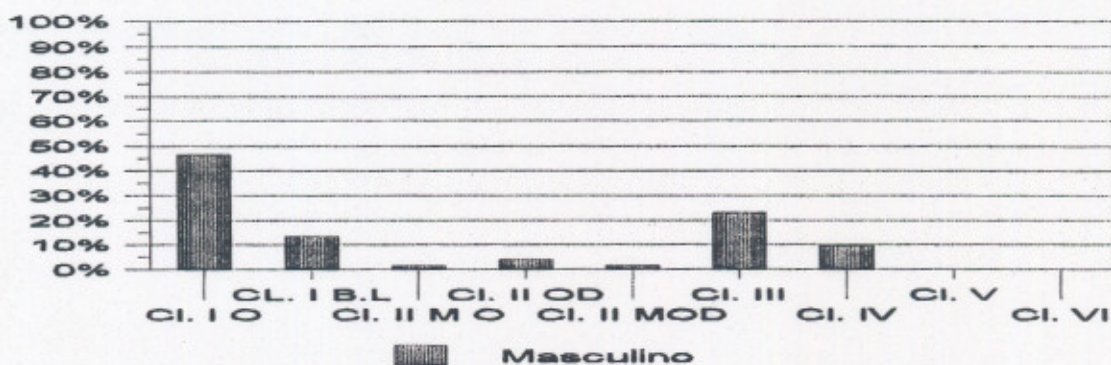
SUPERFICIE	FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%
I O	13	46.44	96	46.60
I B.L	2	7.14	28	13.59
II MO	2	7.14	3	1.46
II OD	2	7.14	8	3.88
II MOD	2	7.14	3	1.46
III	5	17.86	48	23.3
IV	0	0.00	20	9.71
V	2	7.14	0	0.00
VI	0	0.00	0	0.00
TOTAL	28	100	206	100

Fuente: Datos obtenidos por el investigador (anexo 2).

En estas graficas se puede observar que la caries de solo la superficie oclusal, (clase I O), presentó en un 47% del total de ambos sexos. En las mujeres no hubieron caries clases IV ni clases VI y en los hombres no hubieron las clases V y VI..

Grafica No. 6 y 7

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DIAGNOSTICADA POR SEXO Y SEGUN LA CLASIFICACIÓN DE CARIES DENTAL POR SUPERFICIES DENTALES DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA SOCIAL, EN EL CAMPAMENTO TULUCHÉ II, CHICHÉ, EL QUICHÉ, EN EL AÑO 1997.

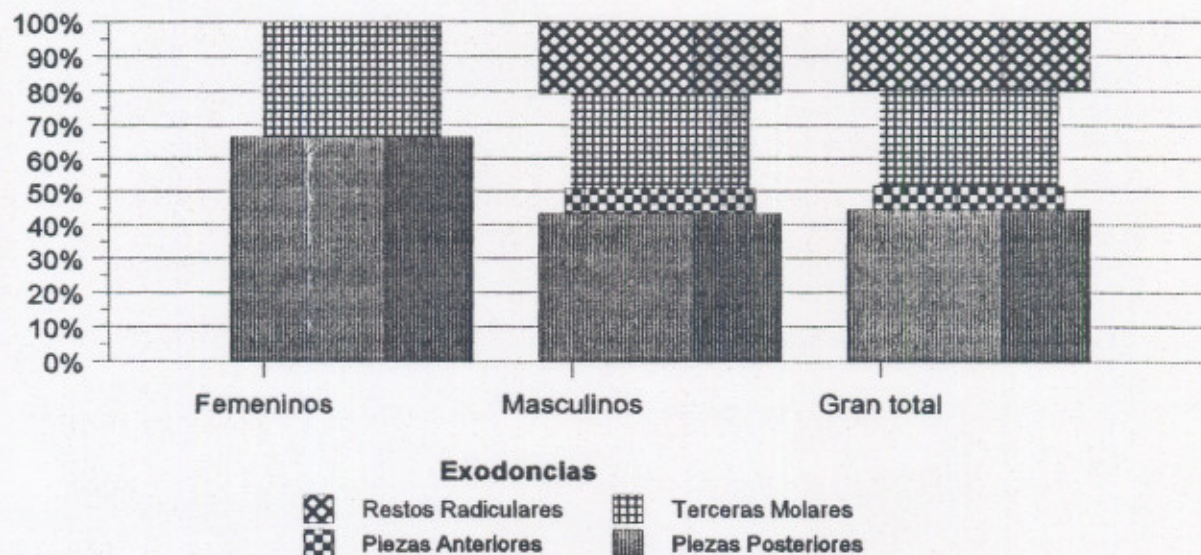


Fuente: Datos obtenidos del cuadro No. 4

Cuadro No. 5 y Grafica No. 8

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DIAGNOSTICADA POR SEXO Y SEGUN No. DE EXODONCIAS NECESARIAS DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA SOCIAL, EN EL CAMPAMENTO TULUCHÉ II, CHICHÉ, ELQUICHÉ, EN EL AÑO 1997.

Exodoncias	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Restos Radiculares	0	0.00	11	19.64	11	19.64
Terceras Molares	1	1.78	15	26.78	16	28.56
Piezas Anteriores	0	0.00	4	7.14	4	7.14
Piezas Posteriores	2	3.57	23	41.07	25	44.64
TOTAL	3	5.35	53	94.63	56	99.98



Fuente: Datos obtenidos por el investigador (anexo 2).

En esta grafica se observa que el mayor porcentaje de las piezas que se encontraron indicadas para extracción fueron primeras y segundas molares por caries y destrucción extensa.

En las mujeres se presentaron casos de extracción de piezas posteriores y terceras molares.

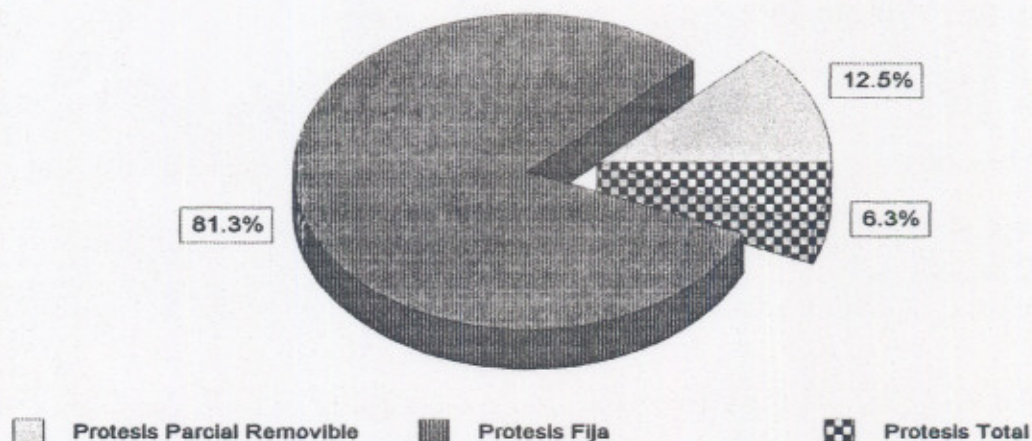
En los hombres, además de los casos anteriores, se presentaron extracciones de piezas anteriores y restos radiculares.

Cuadro No. 6 y Grafica No. 9

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DIAGNOSTICADA POR SEXO Y ESPACIOS EDENTULOS CLASIFICADOS SEGUN PROTESIS REMOVIBLE, PROTESIS FIJA Y PROTESIS TOTAL DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA SOCIAL, EN EL CAMPAMENTO TULUCHÉ II, CHICHÉ, ELQUICHÉ, EN EL AÑO 1997.

<i>Protesis</i>	<i>Femenino</i>	<i>Masculino</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Parcial Removible</i>	0	2	2
<i>Parcial Fija</i>	1	12	13
<i>Protesis Total</i>	0	1	1

PROTESIS



Fuente: Datos obtenidos por el investigador (anexo 2).

En esta grafica la prótesis mas necesitada por los excombatiantes es la prótesis fija , debido a espacios edentulos aislados. Los pacientes totalmente edentulos no representaron solo el 6.3% de la población, ello por la poca perdida de las piezas por caries; derivada de la dieta poco cariogénica. Estas necesidades de protesis, no fueron cubiertas debido a la falta de tiempo y ausencia de insumos para resolverlas.

Cuadro No. 7

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DIAGNOSTICADA PARCIALMENTE POR EL I. C. N. T. P. POR SEXTANTES DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA SOCIAL, EN EL CAMPAMENTO TULUCHÉ II, CHICHÉ, EL QUICHÉ, EN EL AÑO 1997.

Sextantes	CODIGOS						TOTAL
	0	1	2	3	4	X	
1	2	13	39	26	6	0	86
2	29	32	12	5	0	0	78
3	3	17	40	16	4	0	80
4	2	19	38	20	1	1	81
5	10	26	30	7	0	0	73
6	1	14	35	29	5	1	85
TOTAL	47	121	194	103	16	2	483
%	9.7308489	25.05176	40.165631	21.325052	3.3126294	0.4140787	100

Fuente: Datos obtenidos por el investigador. (Anexo 2)

Se puede observar que se evaluó un total de 483 sextantes de los cuales: 9.73% con ninguna necesidad de tratamiento; 25.05% con necesidad de instrucciones en higiene bucal; 40.17% (código 2) y 21.33% (código 3) con necesidad de raspado y alisado radicular ; 3.31% requiere tratamiento periodontal complejo mas los tratamientos anteriores y 0.41% con menos de 2 dientes en función.

Cuadro 8

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA ATENDIDA PARCIALMENTE DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN DE LA U.R.N.G. A LA VIDA SOCIAL, EN EL CAMPAMENTO TULUCHÉ II, CHICHÉ, ELQUICHÉ, EN EL AÑO DE 1997; RESUMEN DE LOS TRATAMIENTOS EFECTUADOS.

INTERVENCION	No. Tratamientos Realizados	Necesidades. de Tratamiento	Total de % Cubierto
Exámenes	81	81	100
Detartrajes	87	140	62
Profilaxis	41	81	50.6
Ap. Tópica de fluor.	41	81	50.6
Educ. en Salud Bucal	4	0	0
Exodoncias	45	55	81.81
Cirugías	1	0	0
Radiografías	5	0	0
Amalgamas	102	156	65.38
Resinas Compuesta	62	72	86.11
Pulpotomias	2	0	0
T C R. Monoradicular	1	0	0
No. Pt. con Trat. Efec.	62	81	76.54

Fuente: Datos obtenidos por el investigador. (ANEXO 2)

En este cuadro se puede observar que el 100% de la población de esta investigación fue examinada y que más del 60% que era la población meta, fué tratada.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta investigación se llevó a cabo en el campamento de desmovilización de la U.R.N.G, en Tuluché II, Municipio de Chiché, Departamento de El Quiché. Se basa en el 33% de la población total del campamento, que equivale a un total de 81 excombatantes, 11 mujeres (13.57%) y 70 hombres (86.52%).

Un 89.38 % eran jóvenes adultos entre 20 -a 30 años de edad. No hubieron mujeres mayores de 50 años de edad y solo el 6% de hombres fueron mayor de 50 años. El 86.4% fueron hombres y el 13.57% mujeres.

En cuanto a etnia, el 93.83% fueron indígenas y solo un 6.17% fueron ladinos. La mayoría de los excombatientes eran de Huehuetenango y de habla Mam. El 44.44% de la población fue clasificada rojo, indicación de casos urgentes de tratamiento inmediato, 24.69% casos con algunas urgencias de tratamiento, 29.63% casos con patología a tratar en etapa posterior y 1.23% casos sin caries ni patología de tejidos blandos.

En el área de operatoria predominó las caries clases I oclusal con un 46.98%.

Se diagnosticaron 56 piezas para exodoncias de las cuales el porcentaje más grande eran primeras y segundas molares. En las mujeres se presentaron casos de extracción de piezas posteriores y terceras molares. En los hombres, además de los casos anteriores, se presentaron extracciones de piezas anteriores y restos radiculares.

En el área de prótesis predominó la prótesis parcial fija por ser los espacios edéntulos aislados. Los pacientes totalmente edéntulos representaron menos del 10% de la población.

Los resultados del I.C.N.T.P indica que un gran porcentaje de la población, $40.17+21.33=61.50\%$, tienen necesidad de raspado y alisado radicular. El 40.17% tienen bolsas periodontales no más profundas de 3mm; 21.33% tienen bolsas periodontales con profundidad de 4 o 5 mm. El 25% tuvieron sangrado tras un sondaje correcto y necesitaron instrucción en higiene bucal. Se examinaron un total de 483 sextantes no incluyendo una arcada superior totalmente edéntula.

Referente al resumen de tratamientos efectuados, se puede observar el porcentaje realizado de cada tratamiento. Por lo que se confirma que se atendió a más del 60% de la población, que era la meta trasada.

LIMITACIONES

1. IDIOMA: La barrera del lenguaje fue desde el principio evidente, ya que la mayoría de la población es maya hablante (Mam). Para superar esta limitación se contó con la colaboración de traductores, quienes fueron los mismos compañeros excombatientes presentes a sus citas para su tratamiento dental.

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. FALLAS MECANICAS EN EL EQUIPO DENTAL: Se presentaron fallas en el equipo, entre ellas fallas en la planta eléctrica, piezas de mano, contrángulos y reóstato de dos unidades con las cuales se contaba.

4. FALTA DE INSTRUMENTAL E INSUMOS ODONTOLÓGICOS: Al inicio se notó la falta de algunos materiales dentales básicos como oxido de zinc y eugenol, fresas adecuadas, cuñas de madera y paños para esprimir el exceso de mercurio durante la realización de las amalgamas de plata.

CONCLUSIONES

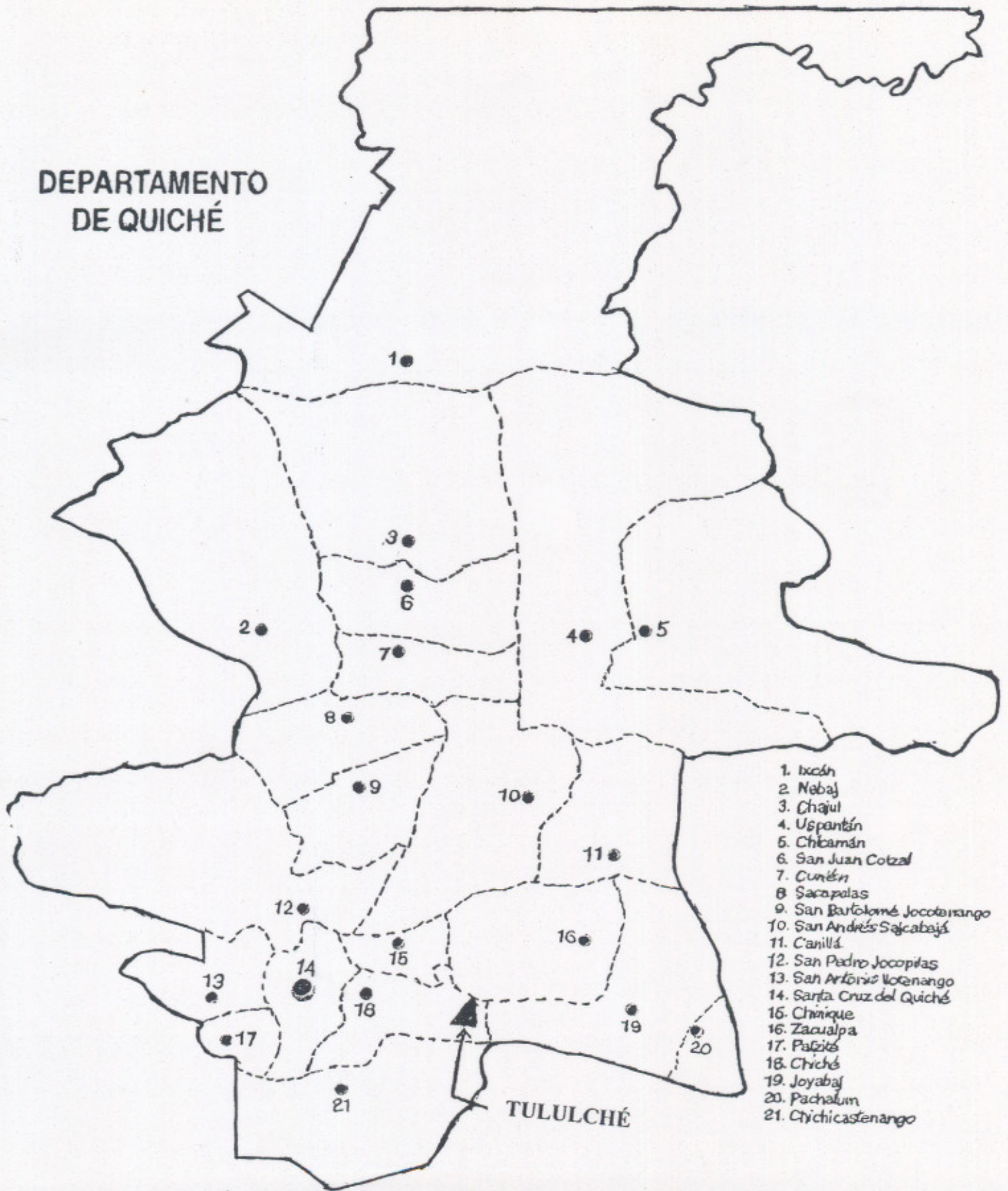
1. Se realizó un diagnóstico de salud bucal al 100% de los excombatientes de esta muestra.
2. La población dentro del campamento era un 93.83% de indígenas y un 6.17% de ladinos. La mayor parte eran adultos jóvenes entre 21 a 30 años.
3. La relación de excombatientes en cuanto a sexo es de aproximadamente 1 mujer por cada 7 hombres.
4. Los hallazgos encontrados reflejan la presencia de caries y enfermedad periodontal no tan severo como se esperaba, considerando la vida de enfrentamiento de guerra que vivieron estas personas, el aislamiento y la marginalidad que sufrieron.
5. Se atendió a un gran porcentaje de excombatientes pero fue imposible darle a cada persona el 100% de tratamiento necesario, ya que esto no estaba programado así, lo cual significa que estas personas ya desmovilizados e incorporadas a la vida ciudadana necesitan continuar recibiendo tratamiento odontológico para restablecerles su salud bucal.

RECOMENDACIONES

1. Es importante que los acuerdos de paz se cumplan como fueron establecidos para que los excombatientes logren incorporarse plenamente a la vida civil y gocen de los beneficios derivados de estos acuerdos.
2. Que el tratamiento odontológico se continúe por medio de los servicios de salud del estado en las comunidades donde se han incorporado los excombatientes.
3. Que se diseñen programas de promotores rurales en salud bucal para que sean capaces de resolver los principales problemas odontológicos de sus comunidades.

ANEXOS

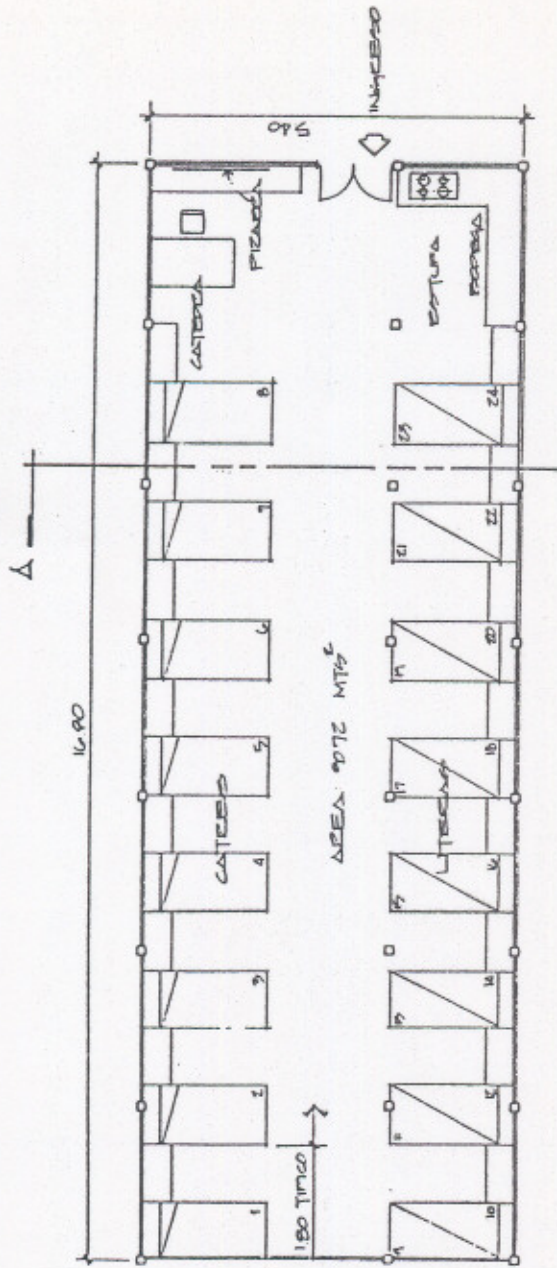
DEPARTAMENTO
DE QUICHÉ



1. Ixcán
2. Nebaj
3. Chajul
4. Uspantán
5. Chichamán
6. San Juan Cotzal
7. Cunién
8. Sacapulas
9. San Bartolomé Jocotenango
10. San Andrés Sajcabajá
11. Canillá
12. San Pedro Jocopilas
13. San Antonio Jocotenango
14. Santa Cruz del Quiché
15. Chiquie
16. Zacualpa
17. Patzún
18. Chiché
19. Joyabaj
20. Pochalum
21. Chichicastenango

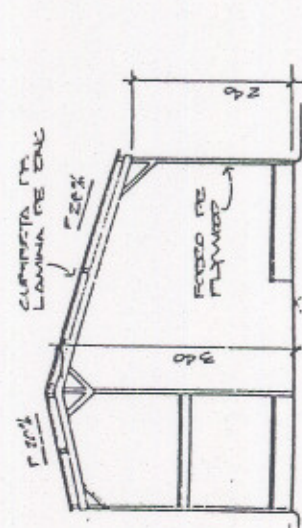


ANEXO IV



PLANTA TIPICA DE DISTRIBUCION DE DORMITORIOS

ESCALA: 1/75



SECCION A-A

ESCALA 1/15

INSTITUCIONES
ACER
AID
CEAR
FOUNPAZ
MINKUJA
CEA
OIM
PHUP
UE

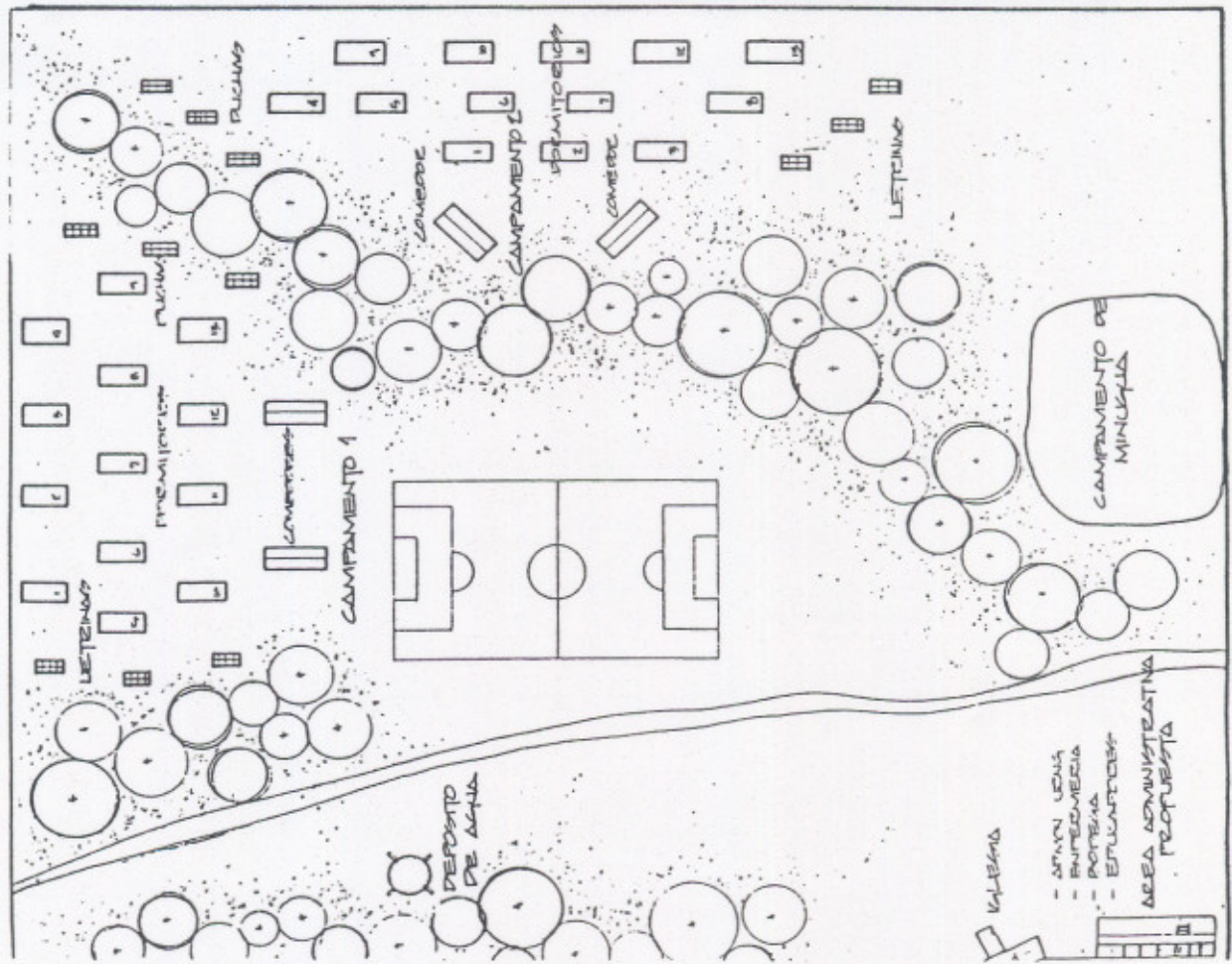
PROYECTO:
CAMPAMENTO PARA DESMOVILIZADOS

CAMPAMENTO 3 4 5
TZALBAL
TULULCHE

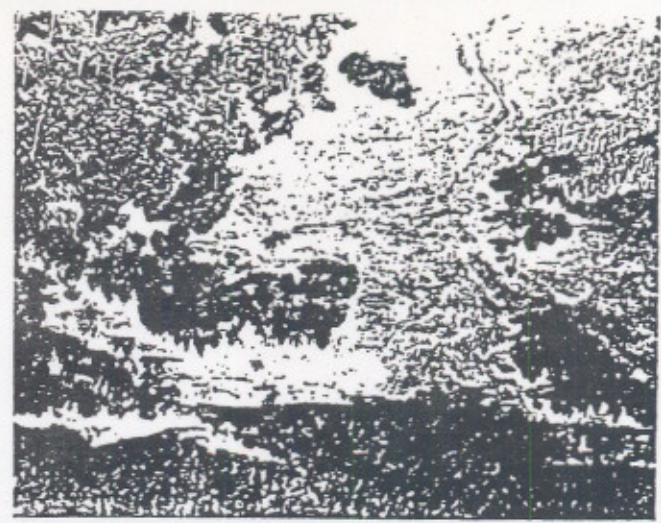
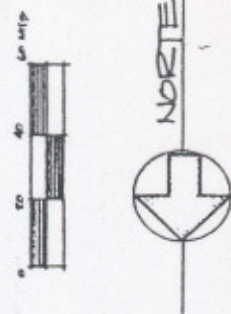
PLANO DE
DORMITORIOS

HOLA
7

ANEXO V

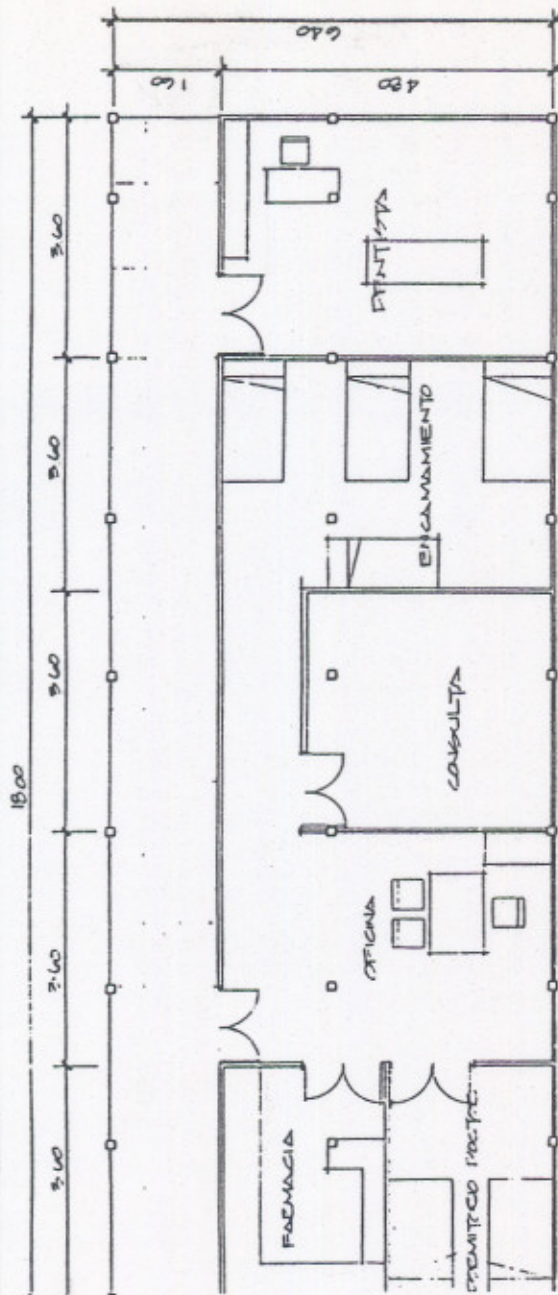


CAMPAMENTO	45
TULULCHE	
600 EXCOMBATIENTES	
ALTURA:	6000 PIES
LLUVIA:	DE MAYO A ABRIL
CLIMA:	TEMPERADO-CALIDO
CAPACIDAD:	600 PERSONAS



INSTITUCIONES	PROYECTO:		
ACUR	CAMPAMENTO PARA DESMOVILIZADOS		
DIP			
CBAR			
FONAPAZ			
MINIKLIA			
OEA			
OIM			
PLUP			
CAMPAMENTO	45	PLANO DE	HOJA
TULULCHE		CONKINTO	8

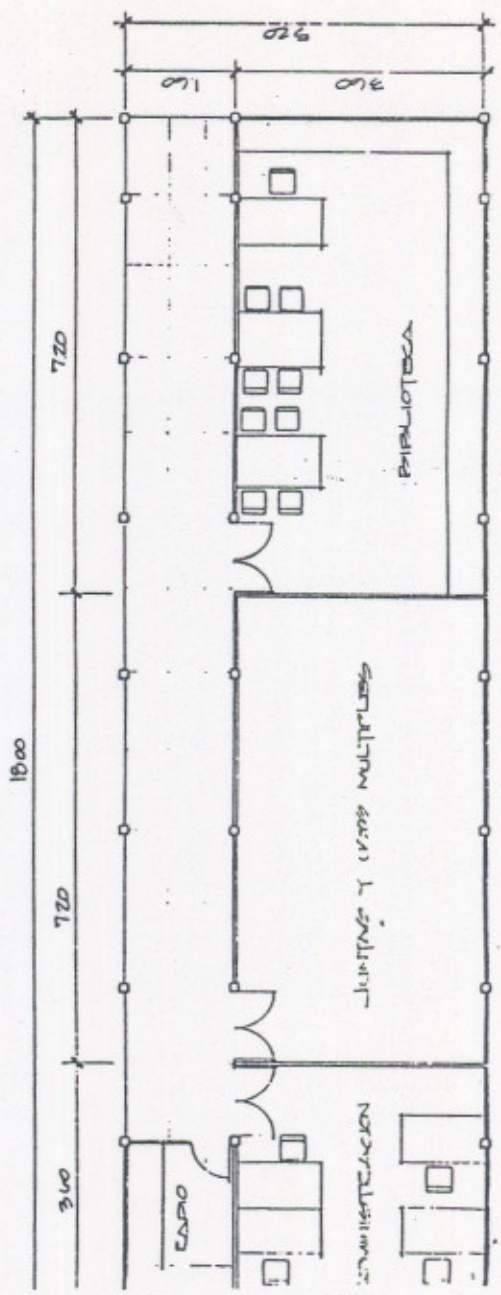
ANEXO VI



PLANTA DE DISTRIBUCION DE ENFERMERIA

AREA: 115.20 M²

ESCALA: 1/75



PLANTA DE DISTRIBUCION DE MANDO URUG

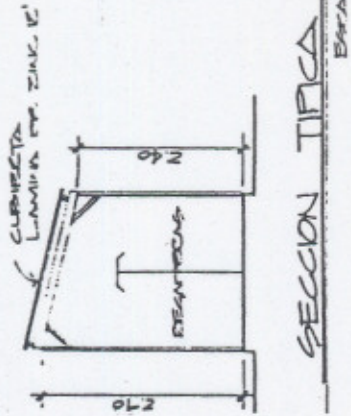
AREA: 129.60 M²

ESCALA: 1/75

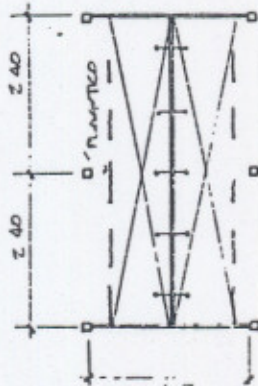
INSTITUCIONES	PROYECTO
ACURE	CAMPAMENTOS PARA DESMOBILIZADOS
AD	
CEAR	
FONAFRE	
MINISTERIO	
SEA	
SIM	
SUD	
JE	
UNSA	

CAMPAMENTOS		13	4,5	67	PLANO DE	HALL 9 19
SACA	REA CLAUDIA			ENFERMERIA		
TECALAL	REA LAY ADELDO			ADMINISTRACION	URUG	
TULULCHE				ESCALA	FECHA	
PISEÑO				1/75	21/07/77	
CEAR / AD						

ANEXO IX



SECCION TIPICA
ESCALA: 1:75



PLANTA DE MÓDULO DE DUCHAS
ESCALA: 1:50 M.

INSTITUCIONES	PROYECTO			PLANO DE		HOJA
ACRUE	CAMPAMENTOS PARA DESMOVILIZADOS			DUCHAS		12
AID	COMPONENTOS	1.3	4.9	6.7	ESCALA	
CEDE	SACA	PCA	CLAPPA	TRAZAL	PCA	LAJAS
FONDAPE	TUBICIA			ESCALA	FECHA	
MINUGUA				179	ENERO 1997	
CEA						19
OIM						
PNUP						
UE						
UENG						

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Edificio M-2, segundo piso
Ciudad Universitaria, zona 12
Apartado Postal 1029
Guatemala, Centroamérica

A QUIEN INTERESE.

EL INFRASCRITO DOCTOR ANGEL RODOLFO SOTO GALINDO HACE CONSTAR QUE DELITA MENDEZ TONTI PARTICIPO EN EL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL EN LA FASE DE DESMOVILIZACION Y DE LA INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO TULULCHE II, QUE SE LLEVO A CABO EN LOS MESES DE MARZO-ABRIL DE 1997.

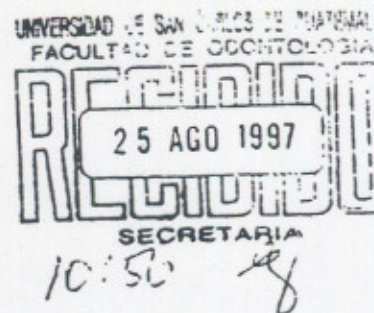
Y PARA LOS USOS QUE AL INTERESADO CONVENGAN SE EXTIENDE, SELLA Y FIRMA LA PRESENTE CONTANCIA, EN LA CIUDAD DE GUATEMALA A LOS VEINTE Y CUATRO DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO.

DR. ANGEL RODOLFO SOTO GALINDO
DIRECTOR DE CLINICAS



ARSG/mvp

Guatemala, 8 de agosto de 1997



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

Estimado doctor Arroyave:

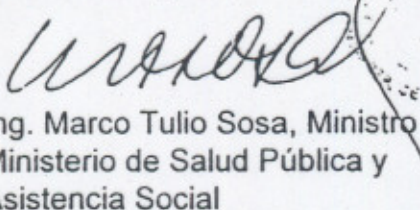
Con la conclusión de las diferentes actividades ejecutadas en el componente de salud en la fase de desmovilización de la URNG, deseamos enviar nuestro más sincero agradecimiento a la institución que usted dignamente representa, por el apoyo, contribución y consideración que brindaron durante todo este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


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



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

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

Atentamente,


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


Fundación Guillermo Toriello
Comisión especial de Incorporación URNG


Dr. Jacobo Finkelman
Representante
OPS/OMS GUATEMALA 

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdos de Paz. Guatemala, Universidad de San Carlos, DIGI, 1996. 49p.
2. Acuerdos entre el Gobierno de Guatemala y las comisiones permanentes. Suscritos el 8 de octubre 1992. Guatemala, Editorial Corei, diciembre 1995. pp. 1-3.
3. Arroyave, Danilo.-- Conceptos y Niveles de prevención, según Leavell y Clark.-- Guatemala.-- Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area de Odontología Socio-Preventiva. (Apuntes de clase).
4. Baum, Lloyd.-- Tratado de operatoria dental / Lloyd Baum, Ralph W. Phillips, Melvin R. Lund; trad. Por Irina Lebendeff Spengler.-- 2a ed.-- México : Nueva Editorial Interamericana, 1988. 620p.
5. Carranza, Fermin A.-- Periodontología clínica de Glickman / Fermin A. Carranza ; trad. por Laura Elias Urdapilleta, Enriqueta Ceron Rossainz.-- 7a ed.-- México : Interamericana Mc Graw- Hill, 1990. 1067 p.
6. Catecismo del proceso de paz en Guatemala. Proyecto de Educación Cívica, ASC, marzo-octubre, 1994. Guatemala, Fundapaz, dic. 1994. 5p.
7. Centro de Investigación y Documentación Centroamericana. Violencia y contraviolencia; desarrollo histórico de la violencia institucional en Guatemala. Guatemala, Editorial Universitaria, 1980. 251p. (Mario López Larravé. Vol. 6.)
8. De Toro y M. Gisbert. Diccionario Larousse ilustrado. Buenos Aires, Larousse, 1996. 2670p.
9. Democracia con justicia social y proyecto alternativo. Guatemala, INCIDE, julio 1996. 37p. (Serie Proyecto Alternativo.)
10. Durante Avellanal, C. Diccionario Odontológico. 2a. ed. Buenos Aires, Editorial Mundi, 1964. 1990 p.
11. Fagianni Torres, M. Periodoncia: unidades de aprendizaje independiente. Guatemala, Ediciones Superación, 1991. pp. 93-96.
12. GAM y CII. Quitar el agua al pez: análisis del 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. Haz bien y no mires a quien. Odontología Gráfica, Año 17, No. 202, 1 de marzo de 1997. p. 1.
15. Henderson, Davis.-- Prótesis Parcial Removible / David Henderson, Victor L. Steffel ; trad. por Martin Horacio Edenberg.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1974. 468p.
16. Hernández, R. y E. Godoy. Adios a las armas: Gobierno y URNG firman acuerdo de paz. pp. 2 - 6.-- En periódico Prensa Libre (Guatemala).--Año 56, No.14686. (lunes, 30 de Diciembre de 1996).
17. Hoy se firma la paz.-- pp. 3 - 7.-- En periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala). Año 56, No. 14685. (domingo, 29 de Diciembre de 1996).
18. Ingle, John Ide.-- Endodoncia / John Ide Ingle y Jerry F. Tainter ; trad. por José Luis García Martínez, J. Rafael Blengio Pinto, Alberto Folch Pi.--3a.ed. México : Interamericana, 1991. pp. 530 -531.
19. Katz, -- Odontología preventiva en acción. / Simón Katz, James L. McDonald, George K. Stookey.-- México : Editorial Médica Panamericana, 1975. pp. 30 - 40.
20. Kratochvil, F. James.-- Prótesis parcial removible / F. James Krotchvil ; trad. por José Antonio Ramos Tercero.-- México ; Interamericana McGraw - Hill, 1989. pp. 70 - 86, 90 - 98.
21. MINUGUA. Acuerdo global sobre derechos humanos. México, 29 de mayo de 1994. 10p.
22. -----Informe de reconocimiento de puntos de concentración. Guatemala, Febrero, 1997. 11p.
23. Montenegro Lima, G. R. César Montes: La paz se pudo firmar hace 30 años.-- pp. 11.-- En periódico La República (Guatemala). Año 4. (sábado, 22 de Febrero de 1997).
24. -----César Montes: tres movimientos crearon las FAR.-- pp.9.-- En periódico La República (Guatemala). Año 4. (domingo, 23 de Febrero de 1997).
25. -----El Ché Guevara y Yon Sosa, grandes figuras en la guerra de guerillas. - pp.11.- En periódico La República (Guatemala). Año 4. (sábado, 22 de Febrero de 1997).
26. -----E. Guevara. César Montes: Yon Sosa, y Turcios Lima construyeron la guerrilla. - pp. 10 - 11.-- En periódico La República (Guatemala). Año 4. (lunes, 24 de Febrero de 1997).



27. Murrillo Knudsen, G.-- Epidemiología de la Enfermedad Periodontal en la población adulta costarricense / G. Murrillo Knudsen, M. T. Salas Pereira.-- pp.5 - 11.-- En revista Fluoruración Al Día ; 1 (2) : 5 - 14, sept 1991 - Feb 1992.
28. Myers, George E.-- Prótesis de coronas y puentes / George E. Myers ; trad. Por Guillermo Mayoral.-- 3a. ed.-- Barcelona : Editorial Labor, 1975. pp. 190 - 199.
29. Prado, P. E. Comunidades de Guatemala. Guatemala, Impresos Herme, 1995. 136p.
30. Ramírez C., G. A. Apuntes de técnica operatoria. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria, 1989. 314p.
31. Saizar, Pedro.-- Prostodoncia total / Pedro Saizar.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1972. 495p.
32. Salud Integral en la fase de desmovilizado y de la incorporación de la URNG a la vida ciudadana. Guatemala, URNG, julio de 1997. 72p. (versión final para el comentario.)
33. San Ramón, H. La democracia de las armas. México, Latinoamericana, 1994. 280p.
34. Seltzer, Samuel.-- Pulpa dental / Samuel Seltzer, I. B. Bender ; trad. por José Antonio Ramos Tercero.-- México : El Manual Moderno, 1987. 370p.
35. Serrano Herrera, Carlos R.-- Determinación del índice de necesidades de tratamiento periodontal en la comunidad, en personas comprendidas entre los 45 a 65 años de edad, en el municipio de Nuevo San Carlos, Retalhuleu.-- Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1997. pp. 23 - 27.
36. Shillingburg, Herbert T.-- Fundamentos de prostodoncia fija / Herbert T. Shillingburg, Sumiya Hobo, Lowell D. Witsett ; trad. por Rodolfo Krenn.-- México : La Prensa Médica Mexicana, 1983. pp. 13 - 15.
37. Stockstill, John W., John F. Bowley y Ronald Attanasio.-- Análisis de decisiones clínicas en prostodoncia fija.-- pp. 565, 569, 591, 594.-- En prostodoncia fija integral : John F. Bowley, John W. Stockstill, Ronald Attanasio, directores huéspedes.-- México : Interamericana Mc Graw-Hill, 1992. (Clínicas Odontológicas de Norte América, Vol. 3.)
38. Stewart, Kenneth L.-- Prostodoncia parcial removible / Kenneth L. Stewart, Kenneth D. Rudd, William A. Kuuebker ; trad. por Jesus Sierraalta, Myrna Khayan B. y Mena L. Valles.-- Caracas, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericano, 1993. pp. 1 - 20, 97 - 100, 117.

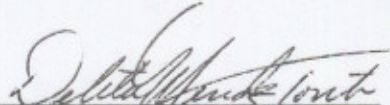


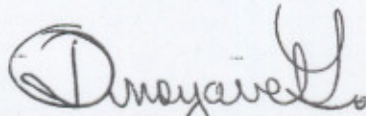
39. Taller de Homogenización de criterios para la atención de salud integral en la fase de desmovilización. Guatemala, URNG, feb 1997. 73p.
40. Tiempo de paz.-- P. 30.-- En periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala). Año 56. No. 14685. (lunes, 30 de Febrero de 1996).
41. Un Quetzal.-- P. 16.-- En periódico Tinamit (Guatemala). Año 6, 2a. Epoca. No. 202. (jueves 20 al 26 de Febrero de 1997).
42. 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.
43. Valdeavellano Pinot, R. Manual de Exodoncia. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Área Médico Quirúrgica, Unidad de Cirugia. 60p.

Vo. Bo.



17 MAR. 2000

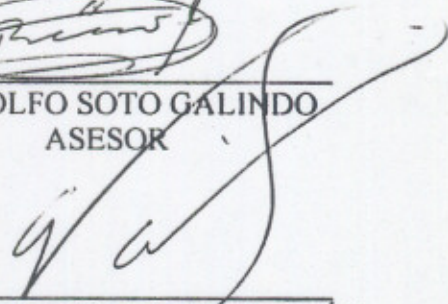

DELITA MÉNDEZ TONTI
SUSTENTANTE

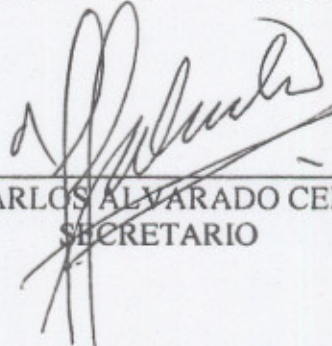

DR. DANILO ARROYAVE RITTSCHER
ASESOR


DR. RODOLFO SOTO GALINDO
ASESOR


DR. GUILLERMO ROSALES ESCRIBÁ
COMISIÓN DE TESIS




DR. ESTUARDO VAIDES GUZMÁN
COMISIÓN DE TESIS


DR. CARLOS ALVARADO CEREZO
SECRETARIO

