

**DIAGNOSTICO Y ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA POBLACIÓN DEL
CAMPAMENTO TULULCHE I, MUNICIPIO DE CHINIQUE, DEPARTAMENTO
DEL QUICHE, EN LA FASE DE DESMOVILIZACIÓN E INCORPORACIÓN
DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, MARZO-ABRIL 1997.**

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIBLIOTECA CENTRAL

Tesis presentada por

MARIO RODOLFO MEDINA DE LA CRUZ

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICÓ EL
EXAMEN GENERAL PÚBLICO, PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE**

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2002

DL

09

T(1660)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordoñez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Ricardo Hernández Gaitán
Vocal Quinto:	Br. Roberto Wehncke Azurdia
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Segundo:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Tercero:	Dr. Luis Felipe Paz García
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

ACTO QUE DEDICO

- A Dios: Todo poderoso por ser la luz de mi vida y darme fuerzas para seguir adelante. Cuan grande eres Señor y Dios mío.
- A la Virgen: Por ser mi intercesora y llevar mis suplicas ante Jesús nuestro Señor.
- A mis padres: Oscar Enrique Medina Samayoa, Gilma De La Cruz de Medina. Por todo su amor y apoyo, como una mínima recompensa a su sacrificio.
- A mi esposa: Siomara De Medina. Por todo su amor y apoyo incondicional. TE AMO.
- A mis hijos: José Manuel, Mario Roberto y Grecia María. Por ser mi regalo de Dios aquí en la tierra. Como un ejemplo a seguir los amo.
- A mis hermanos: Patty, Yaneth, Yessi, Giovanni. Por su ayuda, con amor.
- A mis sobrinos: José, Oscar, Juan, Luis, Diego. Los quiero.
- A mis amigos: Dr. Ricardo Morales, con cariño y respeto, Chochi, Egil, Jacqueline, Grace por su apoyo. Gracias.
- A Eventos Católicos: En especial a Orlando Coronado, por llevar el amor de Dios a mi hogar y mi vida.

TESIS QUE DEDICO

A: MI PATRIA GUATEMALA.

A: LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

A: LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

A: LAS VICTIMAS INOCENTES DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO.

A: MIS ASESORES, DR. RODOLFO SOTO GALINDO, DR. DANILO ARROYAVE RITTSCHER.

A: MIS CATEDRÁTICOS E INSTRUCTORES, EN ESPECIAL AL AREA DE O.S.P. CON MUCHO APRECIO.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

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

**“DIAGNOSTICO Y ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA POBLACIÓN DEL
CAMPAMENTO TULULCHE I, MUNICIPIO DE CHINIQUE, DEPARTAMENTO
DEL QUICHE, EN LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACIÓN DE
LA URNG A LA VIDA CIUDADANA”**

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Danilo Arroyave Rittscher, y al Dr. Rodolfo Soto, por su valiosa asesoría en la elaboración del presente trabajo y a todas las personas que me brindaron su colaboración para culminar felizmente mi carrera, y vosotros distinguidos miembros del **HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR**, aceptad mi más alta muestra de consideración y respeto.

INDICE

SUMARIO.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
OBJETIVOS GENERALES.....	45
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	45
VARIABLES.....	46
METODOLOGÍA.....	48
MATERIAL Y EQUIPO.....	54
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	55
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES.....	74
LIMITACIONES.....	75
ANEXOS.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	84

SUMARIO

Este trabajo se realizó con el objeto de describir las necesidades de salud bucal que presentaron los excombatientes de la Unidad Revolucionario Nacional Guatemalteca URNG, durante el proceso de desarme y desmovilización.

Se llevó a cabo con los excombatientes del CAMPAMENTO DE TULULCHE I, QUICHE; en donde la mayoría de su población, 99.9% son indígenas (Achí, Ixil, Jacalteca, Kakchiquel, Mam y Quiché). Utilizando fichas odontológicas para la recolección de datos y concluir con el plan de tratamiento de las afecciones bucales correspondientes a esta población.

Para obtener el tamaño de la muestra se utilizaron los datos estadísticos; y se seleccionó en forma aleatoria en base a los datos proporcionados por el comandante del campamento.

La Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos diseñó una ficha clínica de recolección de datos y por medio de un interprete se procedió a entrevistar a la población de excombatientes. Los resultados se presentan en cuadros y gráficas, acompañadas de su discusión y conclusiones.

La población representativa fue el equivalente de sesenta y seis personas, cincuenta y cuatro del sexo masculino y doce del sexo femenino; la mayoría son jóvenes adultos.

Es interesante señalar que un alto porcentaje de la población presentó enfermedad periodontal y un alto índice de caries, lo que hace evidente el desconocimiento de nuestra población rural del cuidado de sus estructuras bucales y la importancia de su conservación, atribuida a la situación socio económica, política y cultural que se vivió durante el conflicto armado.

Cada ocho días se realizaban reuniones con el Equipo de Salud Interno en donde se daban a conocer los problemas surgidos durante la semana y se les

buscaba soluciones, también se anunciaban las actividades a realizarse la semana siguiente. Por lo general todos los días llegaban comisiones de distintas entidades (OMS, OPS, Embajadas, Periodistas Internacionales, etc.); y lo primero que se les mostraba eran las clínicas dentales en donde se les informaba del trabajo realizado por la USAC, a través de la Facultad de Odontología.

La Universidad Misionera del Pobre, (UMP) colaboró enviando un técnico dental que nos ayudó como asistente en los procedimientos realizados.

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 del Poder Civil y Función del Ejército en una Sociedad Democrática. (14)

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

Se realizó la fase diagnóstica de todos los excombatientes del campamento de Tululché I Quiché, como base para la clasificación y determinación de la atención odontológica. La segunda fue de identificación para trabajar una población meta del 60% de la totalidad de concentrados. La tercera y última fase fue de elección de las piezas dentales a ser tratadas. (37)

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 era la odontológica y tomando en consideración que esta comunidad estuvo excluida de los servicios mínimos de salud pública necesarios. Este trabajo se encaminó esencialmente a describir las condiciones de salud o patología bucal y a establecer las necesidades odontológicas en la población desmovilizada de la URNG; así como a efectuar algún tipo de tratamiento odontológico.

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 y efectuar algún tipo de tratamiento.

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

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

REVISIÓN LITERARIA

ANTECEDENTES HISTORICOS:

La guerra surgió como consecuencia de la contra revolución que en 1954, derrocó 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 Idígoras Fuentes, que permitió el territorio Guatemalteco para el entrenamiento de los anticastristas que fracasaron posteriormente en Bahía Cochinos y en los sectores políticos de la Izquierda que tomaron el camino de las armas en 1962, luego de un escandaloso fraude electoral, cuando las protestas civiles desarmadas se reprimieron salvajemente con fusiles en un contexto mundial de guerra fría.(39)

La lucha de clases en Guatemala llega a niveles de confrontación armada a principios de la década de los 60, prolongándose con altibajos hasta 1996. En su desencadenamiento se conjugan condicionantes histórico sociales, en antecedentes 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.(14)

La intentona del 13 de noviembre de 1960 había sido organizada por una tendencia conspirativa de oficiales, subalternos y superiores llamada la "Logia del Niño Jesús" y que al 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, y 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 Idígoras, por corrupción en la administración pública.(39)

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

Después del fracaso, un grupo de oficiales subalternos entre ellos: Luis Turcios Lima, Marco Antonio Yon Sosa, Luis Trejo Esquivel, Rodolfo Chacón, Zenon Reyna, 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 dirigentes 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, Arnulfo 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 atentados golpistas como el del ex ministro de la Defensa en tiempo de Jacobo Arbenz, Carlos Paz Tejada efectuado en Concuá, Baja Verapaz; y el de un hermano de Yon Sosa. Sin embargo, ambas fracasan en sus intentos. (24,25,38)

Después de la caída de Arbenz Guzmán los partidos pequeños burgueses de la revolución de octubre desaparecieron de la arena política subsistiendo únicamente el Partido Comunista de Guatemala denominado Partido Guatemalteco del Trabajo –PGT-, que pasa a la clandestinidad, expresión política de los trabajadores asalariados del campo y la ciudad y de los campesinos pobres. Actuando en la clandestinidad y sometido a una intensa y permanente persecución, había mantenido una actividad basada en impulsar la reorganización de los sectores populares y pequeños 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 habría de operar bajo el nombre de 20 de octubre.

El golpe militar del 30 de marzo de 1963 que 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 enfrentarse 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, entonces se inició la lucha contra Peralta Azurdia y en esos tres años ésta creció. (22)

Los insurgentes formaron 6 agrupaciones en diferentes épocas, entre las que sobresalen:

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

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

Políticos: La guerrilla se planteó fundamentalmente como un movimiento militar de orientación socialista políticamente representado por el –PGT-; se efectuó un intento de constituir un frente político, que ampliara el apoyo político a la guerrilla, llamado –FUR-. A partir de 1964 se presenta una fracción 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 contradicción de los dos períodos de auge guerrillero de 1966-67 y de 1982 se lograron; gracias a un altísimo costo social en vidas humanas y destrucción de la población, con altos grados de violaciones de los derechos humanos y errores en la conducción del movimiento armado que perdieron su unidad interna.

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 esa 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.

Los años que van de 1968 al 73 señalan un mantenimiento del terror y del declive de la guerrilla. Las FAR realizaron dos intentos de retomar la iniciativa, el primero el llamado la Concentración de 1968, que intento 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, Quiché y del Petén. En la segunda intentona de 1971-72 las columnas guerrilleras permanecieron algunos meses en la selva realizando operaciones de hostigamiento, como la captura del campamento militar de las Tortugas, y eludiendo las patrullas militares enviadas en su contra, en esa intentona murió el último militar que pertenecía a las FAR, Teniente Rodolfo Chacón. (7)

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

En el período de la presidencia del General Laugerud García (1974-78) no se repitió el esquema de olas de terror aunque sí se produjeron asesinatos selectivos, como los del abogado laboralista Mario López Larravé, del secretario general del –PGRT- Humberto Alvarado; así como hechos de violencia regionales en Ixcán norte del Quiché, como parte de las medidas contra las operaciones de la guerrilla del EGP y el de Chiquimula. (7,12)

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

El 29 de mayo de 1979, la comunidad nacional e internacional se ve conmocionada ante la masacre de Panzos, Alta Verapaz donde cerca de 100 campesinos mueren en manos del ejército, durante una protesta para exigir tierras, en ésta época la lucha contra insurgentes se agudiza y la violencia aumenta. (38)

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

A finales de 1982, las cuatro organizaciones insurgentes deciden unirse en Cuba para darle vida a la Unidad Nacional Revolucionaria 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 Mejía Victores, convocando a una Asamblea Constituyente para elaborar una nueva constitución política de la república y programa elecciones generales para 1985.

En 1985 se constituyó la Comandancia General de la URNG y se dieron a conocer las tesis de la unidad de 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 Taiwán, 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 llevándose a cabo 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 de acuerdo para la búsqueda de la paz, por medios políticos. (13,38)

La Negociación y los Acuerdos de Paz.

Para poder llegar a la paz firme y duradera fueron 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 primera 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 CNR y diálogo nacional el 7 de noviembre de 1988.
- 2.5 ***Nota:** La Comisión Nacional de Reconciliación CNR esta formada por: El Gobierno, la Iglesia Católica, Partidos Políticos, Ciudadanos Notables, Organizaciones de Trabajadores, Organizaciones Empresariales, Organizaciones Cooperativas, Universidades, Colegios Profesionales, Iglesias, Cultos y otras denominaciones religiosas.

- 2.5 Comisión Nacional de Reconciliación –CNR- logra que el Gobierno y la URNG firmen el Acuerdo de Oslo (paz por medios políticos), el 30 de marzo de 1990.

3. En el Acuerdo de Oslo se originaron algunas instancias entre ellas:

- 3.1 El Escorial o Instancia Política en julio 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 Metepex o Instancia Sindical en octubre de 1990.
- 3.5 Atlixco o Instancia Académica, profesional o pequeña empresa en 1990.

4. La Negociación Directa comprende:

- 4.1 El Presidente Serrano Elías presenta su plan de paz total en la ONU enero de 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 de 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 sólo la Ausencia de Guerra sino que la creación del conjunto de condiciones que le permitan al hombre vivir sin angustias ni temores junio 1992.

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

- 5.1 Para la reanudación del proceso de negociación entre el Gobierno y la URNG México 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 1994.
- 5.5 Acuerdo sobre el establecimiento de la Comisión para el establecimiento histórico de las violaciones de 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 Derecho de los indígenas México 31 de marzo de 1995.

6. Los puntos básicos del Acuerdo del Marco son:

- 6.1 Temaria 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, Montepec, 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 el Acuerdo Global sobre Derechos Humanos son:
 - Compromiso general con los derechos humanos.
 - Fortalecimiento con 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.
 - Garantía 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:

- Definición, 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.
- Saludos cordiales.
- 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 le fortalecimiento del poder civil.**

➤ **Aspectos operativos derivados de la finalización del enfrentamiento armado (1,2,6,9,13,15,20,23).**

Luego de la suscripción de estos acuerdos sustantivos, se firmaron una serie de acuerdos en torno a los diversos aspectos operativos y técnicos del fin del enfrentamiento. De tal suerte el 4 de diciembre de 1996, se firmó el Acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego en la Ciudad de Oslo, Noruega. En el mismo se definió la estrategia para la incorporación de los excombatientes de la 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 la URNG y la de MINUGUA de acuerdo con las áreas de acción del grupo desmovilizado. Para ello se programó que un tercio de los excombatientes abandonaran 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 demovilización había de concluir el 3 de mayo de 1997 (31).

Durante su estancia en los campamentos los excombatientes de bían 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 Valladares (Panamá), Ernesto Zedillo (México), Rafael Caldera (Venezuela), Ernesto Samper (Colombia), el Jefe de Gobierno Español José María Aznar, y el Gobierno como testigos de honor, el Presidente de la República Alvaro Arzú Irigoyen, los Comandantes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca –URNG–, suscribieron el acuerdo de paz firme y duradera, que pone fin al conflicto armado de 36 años, durante una ceremonia celebrada en el Palacio Nacional (14,16).

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

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

Incorporación de la Universidad de San Carlos a través de la Facultad de Odontología.

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

La Comisión de Salud estaba integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca –

URNG-, la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-FO-, Unión Europea –UE-, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos –USAID-, Médicos sin Fronteras Francia –MSF-F-, Médicos del Mundo España –MDM-E-, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud –OPS/OMS-, que juntos conformaban:

La Comisión Multisectorial para Prestación de Servicios de Salud Integral en la Fase de Desmovilización e Incorporación de la URNG a la vida ciudadana.

(31)

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

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

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

- 1.1 Apoyar la participación de la Facultad de Odontología en el Proceso de Paz, integrándose al equipo multidisciplinario que participará en el programa Extraordinario de Salud en los campamentos de la URNG.
- 1.2 Que los estudiantes que voluntariamente se integren en ese programa que permanezcan por dos meses en los campamentos de la URNG, puedan elegir cualquiera de las opciones siguientes, en cuanto a su desempeño curricular en la Facultad de Odontología:

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

Los Odontólogos Practicantes que optaron por ésta son:

O.P. Marcia Roulet Pellecer.

O.P. Juan Carlos Villegas.

O.P. María del Rosario Batres.

O.P. Luis Paredes.

O.P. Carolina Arango.

O.P. Adrián Alvarado.

O.P. Rubén Sagarmínaga.

O.P. María Monzón.

O.P. Luisa Ramírez.

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

Los Odontólogos Practicantes que optaron por esta opción son:

O.P. César Roulet Méndez.

O.P. Vanesa Karla Paola Noguera Morales.

O.P. Lidia Waleska Tajaxún Campos.

- O.P. Neyda Yesenia Zuleta Bonilla.
- O.P. Juan Ignacio Asencio.
- O.P. Lester Molina.
- O.P. Rudy Ramírez.
- O.P. Demetrio López.
- O.P. Mario Medina.
- O.P. Patricia Campbell.
- O.P. Mildred Tatiana Herrera España.
- O.P. Leonel Sinaí.
- O.P. Mario Illescas.
- O.P. Carlos Mogollón.
- O.P. Claudia Barrientos.
- O.P. Sandra Aguilar.
- O.P. Delita Tonti.
- O.P. Byron Olivar.
- O.P. Julio Anleu.
- O.P. José Juárez.
- O.P. Sara Sandoval.
- O.P. José Carranza.
- O.P. David Batres.
- O.P. Fredy Hernández.

O.P. Mario de León.

O.P. Arturo Castillo.

O.P. Juan Sebastián Rodríguez.

O.P. Wagner Monterroso.

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 tuvo como Objetivos:

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

Durante de fase de desmovilización se contempló la atención integral de salud a los excombatientes 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 (sistémicas y externas).
- Administración de micronutrientes, Vitamina A, hierro, ácido fólico.
- Control de calidad de agua (medición de cloro residual).
- Control de residuos líquidos y sólidos.
- Control de Vectores.
- Charlas educativas y promocionales a grupos.

2. Programa de Atención Médica:

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

3. Programa de Salud Mental:

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

4. Programa de Salud Bucal:

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

Responsabilidades asumidas en el Plan por las diferentes Instituciones participantes:

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

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

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

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

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

6. **Universidad Misionera del Pobre –UMP-:**

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

- Suministrar compresores para el equipo odontológico.

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

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

Descripción del Campamento Tululché I

- Campamento Tululché I, Chinique, El Quiché:
 - Ubicación del lugar:
 - Coordenadas: 15°02'21"N-91°01'40"
 - Grupo Guerrillero: Ejército Guerrillero de los pobres –EGP.-
 - Número de excombatientes: Tululché I: 264

185 hombres.

52 mujeres.

27 niños.

➤ Descripción Topográfica del área en general:

- Zona de montaña.
- Situado dentro del denominado triángulo Ixil.

➤ Descripción topográfica del punto:

- Explana central de unos 200 x 200m. Circundante a ella hay otras de varios tamaños, oscilando entre los 100 y los 400m. Cuadrados.

➤ Clima: Templado, noches frías, lluvias frecuentes.

➤ Vías de acceso:

- Solamente una vía de entrada. Es un camino de unos 1800m. Que llega al campamento desde la carretera /santa Cruz de Quiché-Zacualpa-Joyabaj.
- Aproximadamente a 1500m. Del campamento, sobre el camino citado.

➤ Tipo de Edificación:

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

➤ Ubicación de las principales edificaciones:

En la parte central se encontraba el puesto de mando, en la parte de enfrente de éste el campo de football, en su parte de atrás, el puesto de MINUGUA para realizar el desarme y a un costado la clínica médico dental. En la sección médica se encontraba un encamamiento, una sala de estar y dos cuartos destinados a dar atención a los excombatientes.

Dividido por una pared de madera se encontraba la Clínica Dental en donde se colocaron 3 sillones, 3 unidades dentales, 3 taburetes, una bodega para los materiales y una sección con entrepaños que sirvió para colocar las bandejas y el instrumental de uso inmediato.

Los compresores fueron colocados en la parte de afuera a unos 25 metros para evitar la contaminación por el ruido.

A un costado de la Clínica Médico Dental daba inicio un sistema de construcciones en donde se albergaron los excombatientes.

➤ Equipo de Salud Interno (E.S.I.):

Se conformó con un miembro de médicos del Mundo España, tres médicos y 5 paramédicos de la URNG y cuatro representantes de la USAC.

➤ Cruz Roja Española:

La Cruz roja Española participó con 2 miembros quienes se encargaron de repartir víveres.

La función fue coordinar todo el trabajo de salud que incluyó:

- Vigilancia epidemiológica.
- Saneamiento ambiental.
- Consulta médica incluyendo emergencias.
- Consulta odontológica y sus emergencias.

Este trabajo en equipo permitió tener un mejor control del desarrollo de toda la actividad de salud en general.

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

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

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

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

1. Periodontitis marginal en la cual la destrucción de los tejidos periodontales, inflamación formación de bolsas y pérdida ósea es causada por la placa dento 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 ulero 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 dento 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 dento bacteriana no es evidente. Esta reacción vascular es en esencia la dilatación de capilares e incremento del flujo sanguíneo.
2. Etapa II: Conforme para el tiempo, aparecen signos clínicos de eritema, también puede presentarse hemorragia durante el sondeo.
3. Etapa III: En esta etapa los vasos sanguíneos se obstruyen y congestionan el resultado es anorexia 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 dento 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)

Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal (ICNTP).

Está diseñado para medir en forma directa el porcentaje de un determinado grupo de pobladores que requiere tratamiento complejo, tratamiento periodontal o educación en salud bucal.

El registro de los códigos del ICNTP se puede hacer en 3 minutos aproximadamente, el método es práctico para la descripción preliminar de la necesidad de tratamiento periodontal, durante la discriminación inicial del estado de salud bucal en una población, para la planificación del tratamiento es necesario saber, si las bolsas profundas están ubicadas en un mismo sextante o en los diferentes sextantes.

Después del tratamiento, el ICNTP vuelve a ser útil para vigilar el mantenimiento de la salud periodontal.

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

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

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

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

Están indicadas:

- Cuando existen maxilares sanos, relaciones intermaxilares normales.
- Estado general satisfactorio.
- Cuando por medio de cirugía se puede llegar a obtener un reborde adecuado.

- Ausencia de estomatitis u otras patologías agudas o crónicas. (30)

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE: Es la rama de la prótesis dental que se dedica al reemplazo de los dientes perdidos y de los tejidos que lo rodean a través de la utilización de piezas y tejidos presentes, mediante la planeación, diseño y construcción de prótesis que serán removidas por el paciente, contribuyendo de esta manera al confort y estética del paciente, siendo sus indicaciones: la longitud del espacio edéntulo que contraindique el uso de prótesis fija, ausencia de dientes posterior al espacio edéntulo, soporte periodontal disminuido en los dientes remanentes, necesidad de estabilización del arco cruzado para contrarrestar las fuerzas laterales y antero posteriores, pérdida excesiva del hueso del reborde residual usando una base de dentadura con una parcial removible para devolver la parte perdida del reborde residual, necesidad de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción. (18,19,35,36)

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. (4,26,34)

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

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, o sea al igual que en el diagrama, todos los esfuerzos apuntando como la flecha en dirección contraria a la enfermedad.

Los períodos de prevención se subdividen en niveles, de acuerdo con los mecanismos implicados. Estos niveles son:

Primer Nivel: Porción de la salud es inespecífico, es decir no está dirigido hacia la prevención de la enfermedad. Comprende todas las medidas encaminadas a mejorar la salud general del individuo. Ejemplo: Nutrición óptima, ambiente agradable, vivienda saludable, condiciones adecuadas de trabajo, entretenimiento, descanso (período de vacaciones), etc.

Crear condiciones favorables para el aparato estomatognático se mantenga en buen estado de salud.

Segundo Nivel: Protección Específica. Consiste en una serie de medidas para la prevención de la aparición o recurrencia de una enfermedad en particular. Ejemplo: Control de placa dento bacteriana para prevención de caries y enfermedad periodontal, vacunas, fluoruración del agua de consumo, aplicación tópica de Fluor, etc.

Tercer Nivel: Diagnóstico y Tratamiento Precoces. Comprende la prevención secundaria. Comprende las medidas destinadas a poner en evidencia a la enfermedad y tratarla, en las primeras etapas del período clínico. A este nivel son de gran utilidad las radiografías dentales de mordida o interproximales. Las afecciones se hallan en estado inicial, la mayoría de ellas podrían y deberían ser tratadas por el clínico general. Las periodontopatías pueden ser tratadas por métodos relativamente simples que en conjunto, constituyen lo que podríamos llamar tratamiento periodontal menor y que incluye:

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

Cuarto Nivel: Limitación de la Incapacidad. Este nivel incluye medidas que tienen como fin limitar el grado de incapacidad producido por la enfermedad. La enfermedad periodontal se encuentra en fase más avanzada, ha producido destrucciones de consideración.

El tratamiento tiene que ser necesariamente aplicado por el especialista.

Los métodos constituyen el tratamiento periodontal mayor:

- Gingivectomía.
- Osteotomía.
- Osteoplastia.

- Gingivoplastia.
- Aparatos de contención (férulas).

Quinto Nivel: Rehabilitación del Individuo. Abarca tanto la rehabilitación física como psicosocial, ya que la enfermedad ha causado gran destrucción del hueso alveolar, con la consiguiente pérdida de piezas dentarias. En algunos casos sería necesario todo un trabajo completo de rehabilitación bucal. Con los avances de la odontología moderna se pueden tomar en cuenta en este nivel: implantes, injertos de tejidos duros, injertos de tejidos blandos, etc.

El ser humano es un armonioso ente morfológico, fisiológico y psíquico y no un conjunto de estos componentes por separado.

Por lo que la aplicación de la prevención se refiere primariamente al individuo como un ente total y sólo en segundo término a la enfermedad o al órgano u órganos afectados.

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

Los componentes de la fisiología preventiva son:

1. Considerar al paciente como una entidad total.

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

OBJETIVOS GENERALES

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar y determinar a través del examen clínico de la cavidad bucal la presencia de caries, enfermedad periodontal, necesidades de prótesis parcial, fija y total, espacios edéntulos, restauraciones presentes y piezas indicadas para extracción.
2. Cuantificar las necesidades de tratamiento dental de acuerdo a criterios del plan de tratamiento establecidos por la 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).
2. **EDAD:** Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.
3. **DIAGNOSTICO:** Identificación de una enfermedad o fenómeno mediante la evaluación clínica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de pruebas analíticas y otros procedimientos.
4. **ETNIA:** Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias. (8)

INDICADORES DE LAS VARIABLES:

1. **SEXO:** Por observación, en base a las características físicas generales de cada sexo, diferenciándolas entre masculino y femenino.
2. **EDAD:** Se anotará lo que el entrevistado refiera en años cumplidos hasta la fecha actual.
3. **DIAGNOSTICO:** Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico será anotada aquí, basado en la inspección, palpación y sondeo periodontal, determinando así la presencia de caries dental, enfermedad periodontal, exodoncia y presencia de espacios edéntulos

determinando así la restauración o el tipo de prótesis a usar (prótesis parcial fija, prótesis total y prótesis parcial removible), clasificando a los pacientes según severidad de dolor dental e inflamación gingival, en código rojo, amarillo, verde o blanco.

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

METODOLOGÍA

POBLACIÓN:

El estudio se realizó en un total de 66 excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) en el campamento Tululché I concentrados durante el período de desarme y desmovilización.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

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

DATOS GENERALES: Los cuales 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 fue anotada acá, basado en la inspección, palpación, sondeo periodontal e interrogación al paciente.

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

Incluyó un plan de tratamiento en donde se hizo un listado de los tratamientos requeridos por el paciente en el como odontológico en el oren de prioridad presente.

Parámetros para la realización del diagnóstico:

1. Periodoncia

Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal –I.C.N.T.P.-

Toda dentición se divide en seis segmentos, como unidades básicas de examen para el registro de las necesidades de tratamiento. Para que participe en el registro el sextante debe de tener por lo menos 2 dientes en función. Si existe solamente un diente su registro se incluirán el sextante adyacente.

Para la presente encuesta epidemiológica se examinaron 12 piezas:

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

Se utilizó un código numérico de 0 a 4:

Código 0: periodonto sano.

Código 1: en el sextante no existen bolsas periodontales ni sarro y se observa hemorragia al sondeo correcto, el paciente solo necesita instrucciones para mejorar su estado de salud bucal.

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

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

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

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

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

2. Caries:

Se diagnosticó por examen clínico verificando con el explorador la presencia de cavidad, irregularidad del esmalte y cambio de coloración, clasificándolas en: Clase I, Clase II en este caso se verificó por ausencia de la pieza vecina por

observación o al momento de preparar una cavidad Clase I, Clase III, Clase IV, Clase V y Clase VI.

3. Exodoncia:

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

4. Prótesis:

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

Prótesis Removible: Cuando el espacio desdentado no e encuentre limitado en ambos extremos por dientes, espacios largos, pilares deficientes.

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

CRITERIO 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:

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 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 presentaron destrucción dentaria profunda y/o destrucción de dos o más superficies, abscesos dentarios, dolor agudo o movilidad.
 - Restos radiculares con o sin sintomatología.

3. Priorizar los tratamientos periodontales de acuerdo a:

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

Aporte al Campamento Tululché I:

Se pidió llevar instrumental de mano y rotatorio. Además el autor el presente trabajo portó un compresor y dos unidades dentales lo mismo que fresas odontológicas, ya que las que aportaron o eran las adecuadas para operatoria.

Por mejoras a la atención dental, se construyeron unas bancas de madera en el corredor de la vivienda en donde se encontraba instalada la clínica dental. De igual manera se construyeron unos estantes para la colocación de los medicamentos e instrumental; los cuales fueron elaborados con madera que se encontraba en el área del campamento.

MATERIAL Y EQUIPO

MATERIAL:

- Hojas.
- Lapiceros.
- Correctores.
- Fólder.

EQUIPO:

- Espejo, pinza y explorador.
- Instrumental de operatoria.
- Instrumental de periodoncia.
- Instrumental de exodoncia.
- Instrumental de cirugía.
- Lámpara para uso dental.
- Instrumental rotatorio.

PRESENTACIÓN Y ANALICIS DE RESULTADOS

CUADROS Y GRAFICAS

CAMPAMENTO TULULCHÉ I

CHINIQUE - EL QUICHÉ

ETAPA DE DESMOVILIZACION DE LA URNG:

MARZO – ABRIL 1997

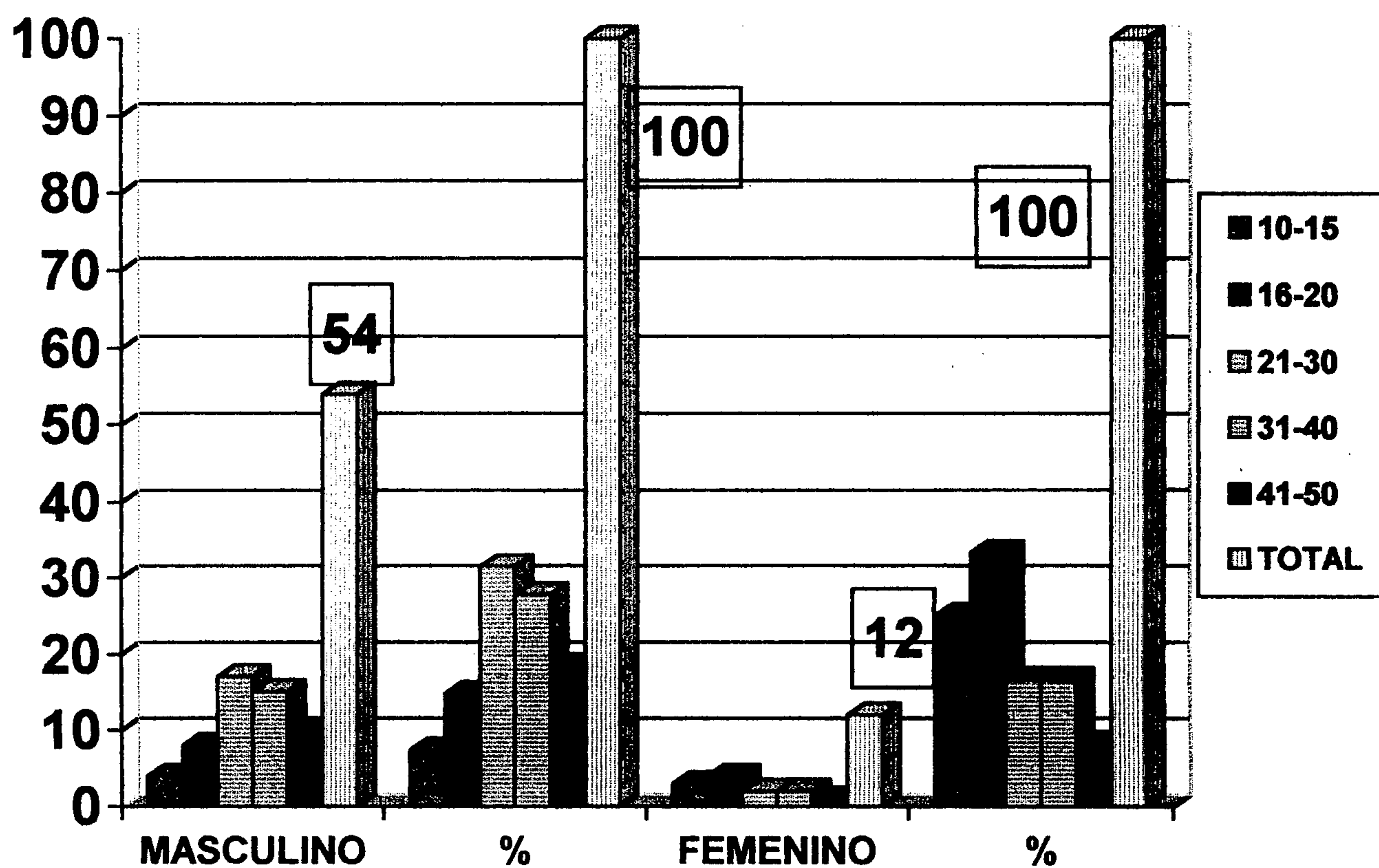
CUADRO NUMERO 1.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD Y SEXO DE
LOS EXCOMBATIENTES DE LA URNG DEL CAMPAMENTO DE TULULCHE I,
EL QUICHE, MARZO-ABRIL DE 1997.**

	SEXO		SEXO			
Años	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
10-15	4	7.41	3	25.00	7	10.61
16-20	8	14.81	4	33.33	12	18.18
21-30	17	31.48	2	16.67	19	28.79
31-40	15	27.78	2	16.67	17	25.75
41-50	10	18.52	1	8.33	11	16.67
TOTAL	54	100	12	100	66	100

Este grupo de la población en estudio, son en su mayoría adolescentes y adultos jóvenes 72.72%; sobresaliendo los del sexo masculino en un 70.37%; del total de la población.

GRAFICA DEL CUADRO No. 1



Fuente: Trabajo de Campo.

CUADRO No. 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE EXCOMBATIENTES DE LA
URNG DE TULULCHE I, QUICHE, MARZO-ABRIL DE 1997 SEGÚN
EL GRADO DE SEVERIDAD.**

	SEXO			SEXO		
CODIGO	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
ROJO	29	53.70	7	58.33	36	54.54
AMARILLO	21	38.90	5	41.67	26	39.40
VERDE	4	7.40	0	0	4	6.06
BLANCO*	0	0	0	0	0	0
TOTAL	54	100	12	100	66	100

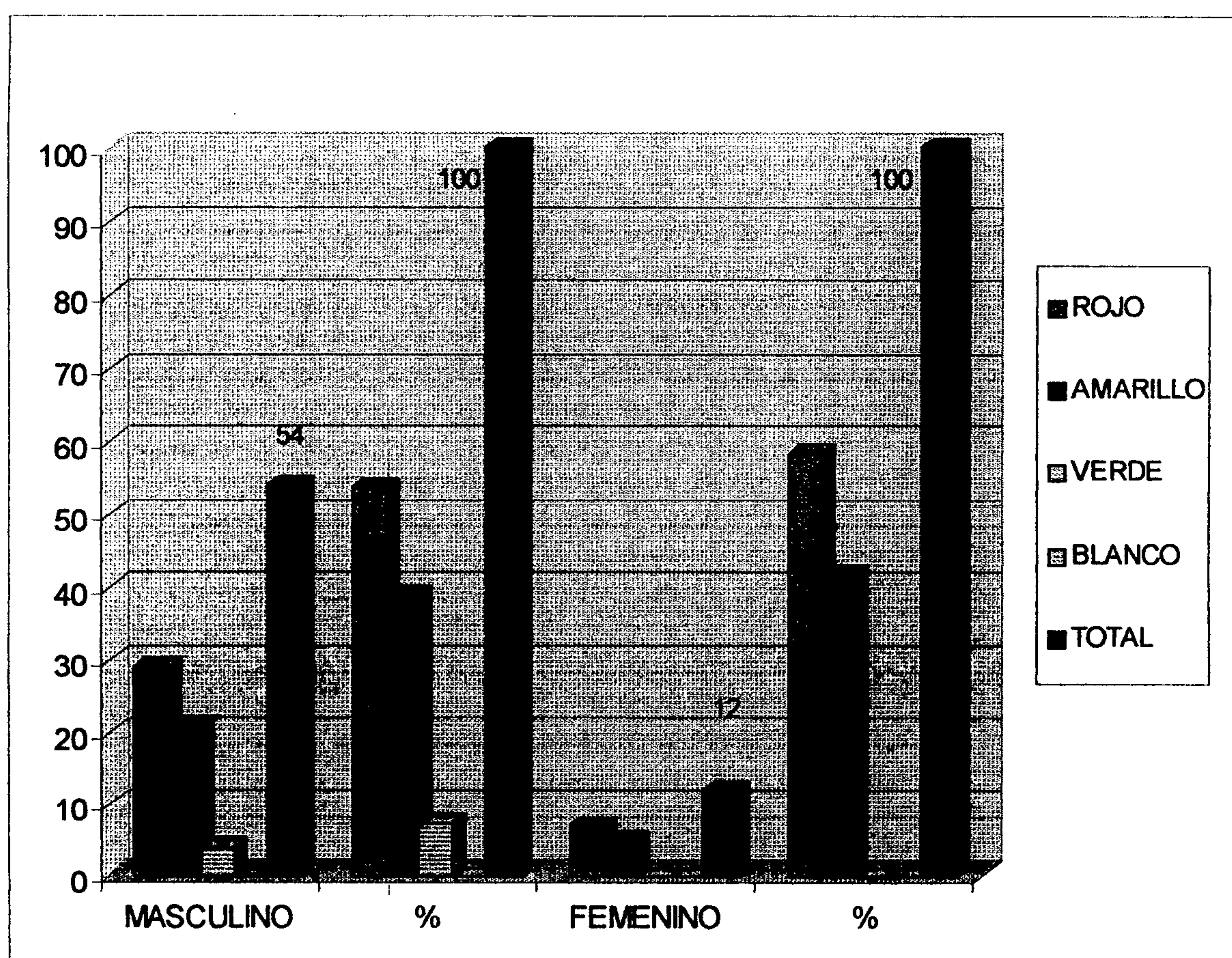
En este cuadro llama la atención el alto índice de la población con tratamientos urgentes inmediatos, señalados por el código ROJO, sin diferencia de sexo, que comprende a un 54.54%.

Como segunda prevalencia, cabe señalar, que el 39.40% de la misma, sin diferencia de sexo tenían algunas urgencias de tratamiento no inmediato, clasificados en código AMARILLO.

Pacientes excombatientes con patología a tratar en etapa posterior, en un 6.06%.

Pacientes excombatientes sin caries ni patología de tejidos blandos.

GRAFICA DEL CUADRO No. 2



Fuente: Trabajo de Campo.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN SEXO Y GRADO DE SEVERIDAD DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL DE LOS EXCOMBATIENTES DE LA URNG DEL CAMPAMENTO DE TULULCHE I, QUICHE, MARZO-ABRIL AÑO 1997

(ICNTP)

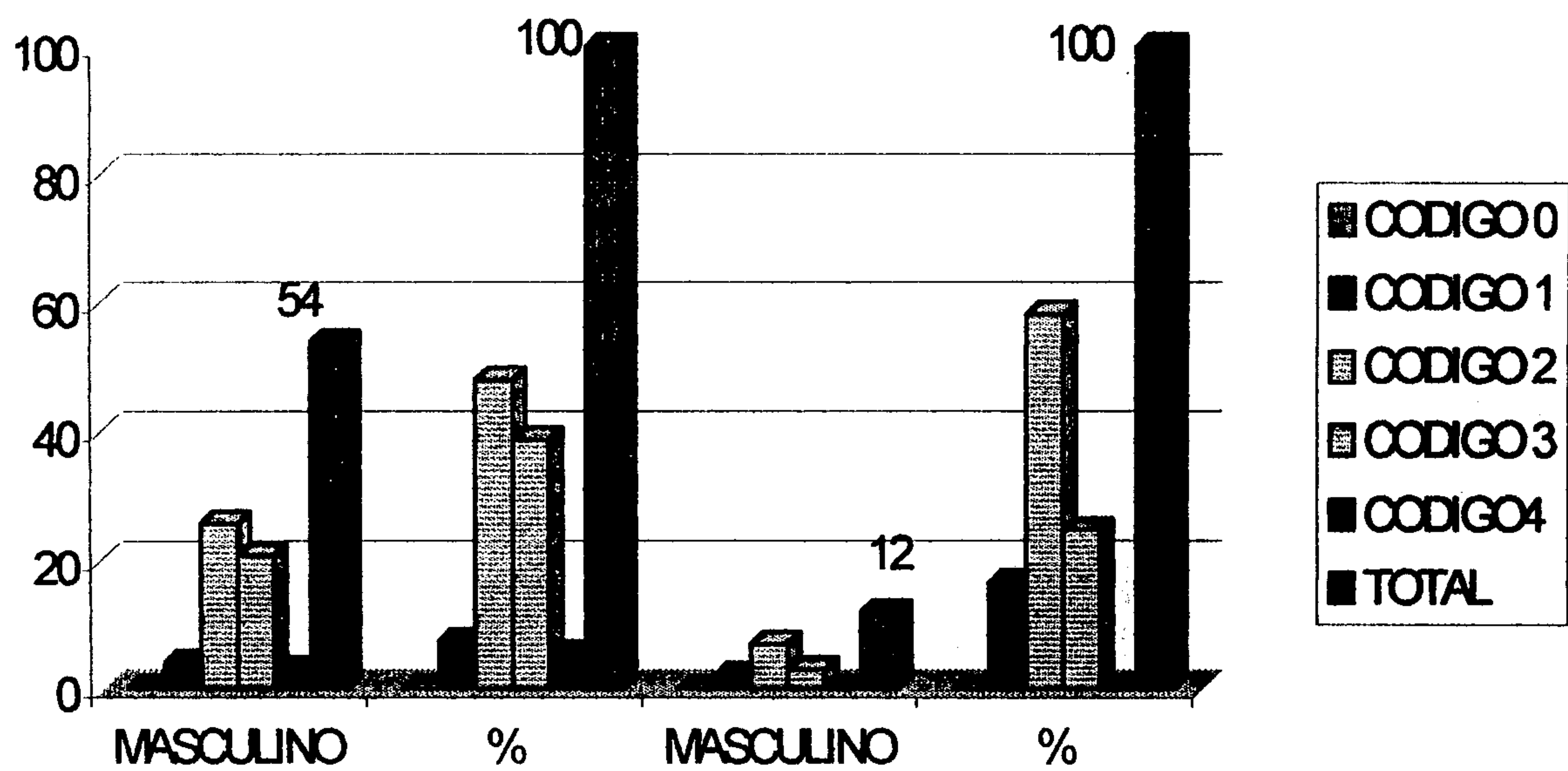
	SEXO			SEXO		
CODIGO	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
CODIGO 0	0	0	0	0	0	0
CODIGO 1	4	7.41	2	16.67	6	9.10
CODIGO 2	26	48.15	7	58.33	33	50.00
CODIGO 3	21	38.88	3	25.00	24	36.36
CODIGO 4	3	5.56	0	0	3	4.54
TOTAL	54	100	12	100	66	100

Es importante señalar que en este estudio no se encontró a ningún excombatiente con periodonto sano que corresponde al CODIGO 0. Mientras que en el CODIGO 1 en donde no se encontraron bolsas periodontales ni hemorragia correspondió a un 9.10% del total de la población en estudio, sin diferencia de sexo. En tanto que en el CODIGO 2, surco no mayor de tres milímetros, se encontró un 50.50% de total de la población en estudio. En CODIGO 3, se encontró un 36.36 % con surco cuatro a cinco milímetros, lo que demuestra el

grado de destrucción del periodonto.

En el CODIGO 4, se encontró un 4.54% con surcos mayores de seis milímetros, o sea con enfermedad periodontal avanzada y necesidad de tratamiento complejo.

GRAFICA DEL CUADRO No. 3



Fuente: Trabajo de Campo.

CUADRO No 4

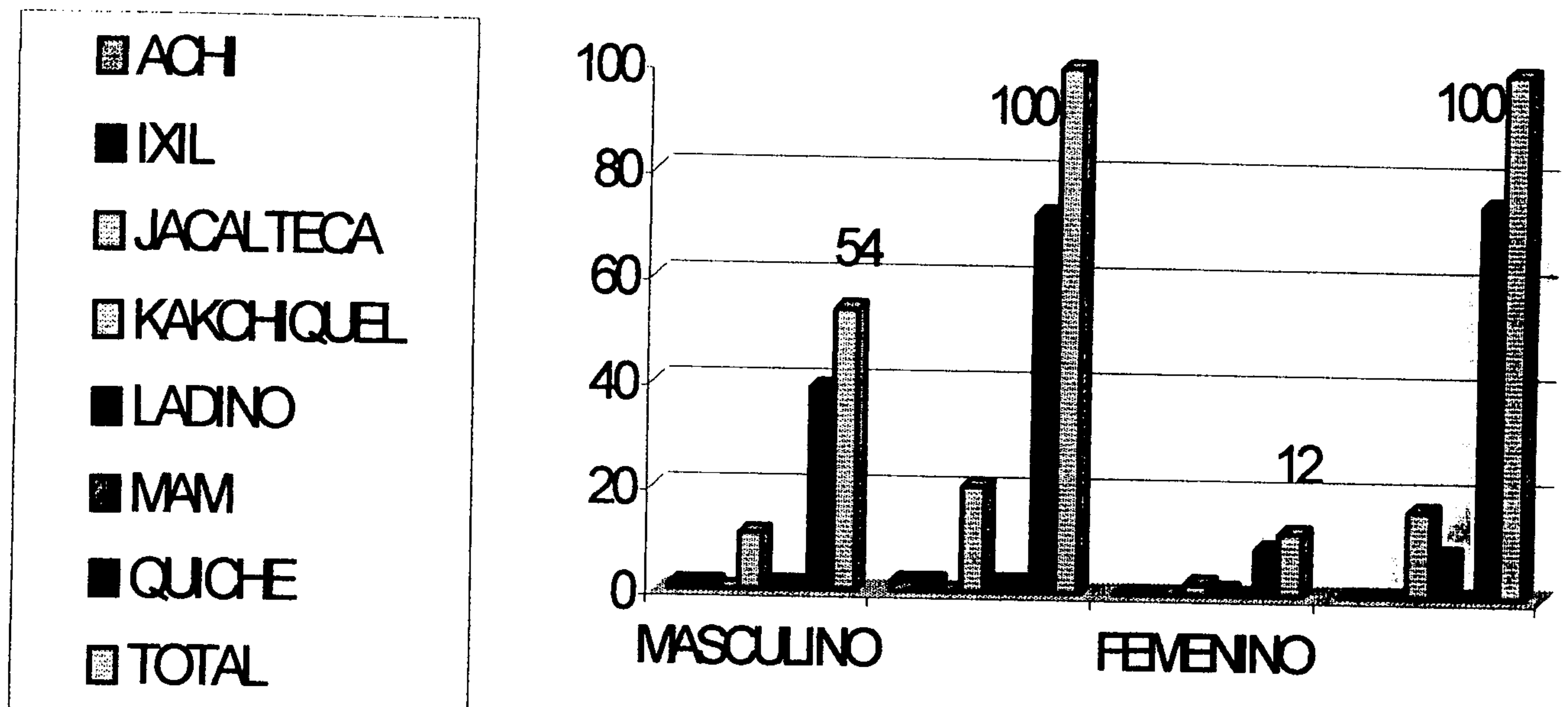
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ETNIA Y SEXO DE
LOS EXCOMBATIENTES DE LA URNG, DEL CAMPAMENTO TULULCHE I,
QUICHE, MARZO-ABRIL 1997**

	SEXO		SEXO			
ETNIA	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
ACHI	1	1.85	0	0	1	1.52
IXIL	1	1.85	0	0	1	1.52
JACALTECA	0	0	0	0	0	0
KAKCHIQUEL	11	20.38	2	16.67	13	19.69
LADINO	1	1.85	1	8.33	2	3.03
MAM	1	1.85	0	0	1	1.52
QUICHE	39	72.22	9	75.00	48	72.72
TOTAL	54	100.00	12	100.00	66	10.00

Se puede observar que el 72.72% de la población eran de la etnia Quiche, tanto del sexo femenino como masculino.

La segunda etnia predominante fue la Kakchiquel con un 19.69% y las etnias de menor representatividad fueron: Achí, Ixil, Ladino, Mam con ausencia absoluta de la etnia Jacalteca.

GRAFICA DEL CUADRO No.4



Fuente: Campo de Trabajo.

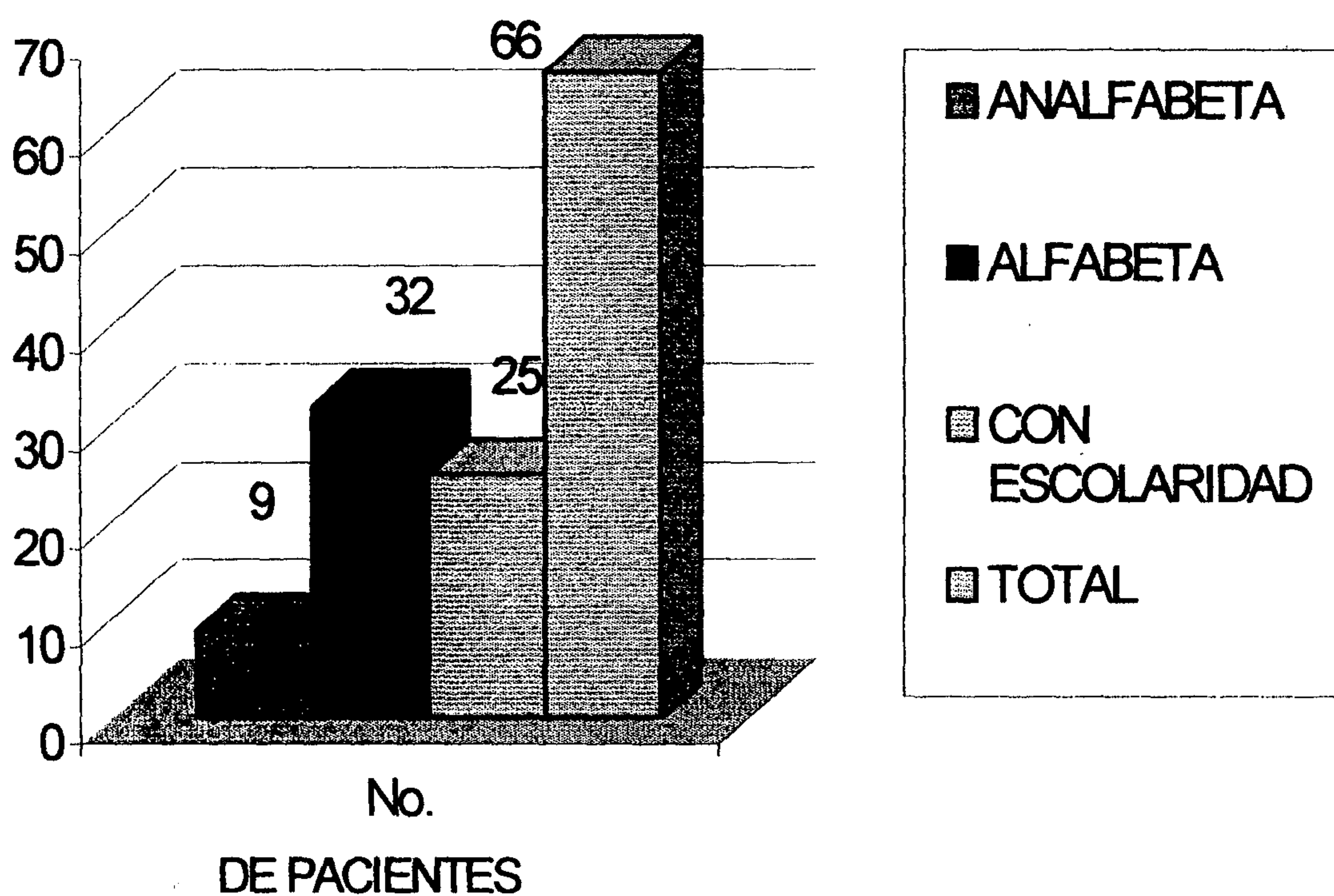
CUADRO No. 5

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESCOLARIDAD, DE
LOS EXCOMBATIENTES DE LA URNG DEL CAMPAMENTO TULULCHE I,
QUICHE, MARZO – ABRIL DE 1997

ESCOLARIDAD	No.	TOTAL %
ANALFABETA	9	13.64 %
ALFABETA	32	48.48 %
CON ESCOLARIDAD	25	37.88 %
TOTAL	66	100.00 %

En este cuadro la población de estudio, independientemente del sexo, 86.36 %, saben leer y escribir, mientras en una mínima parte 13.64 % refirió no saber leer ni escribir.

GRAFICA DEL CUADRO No. 5



Fuente: Trabajo de Campo.

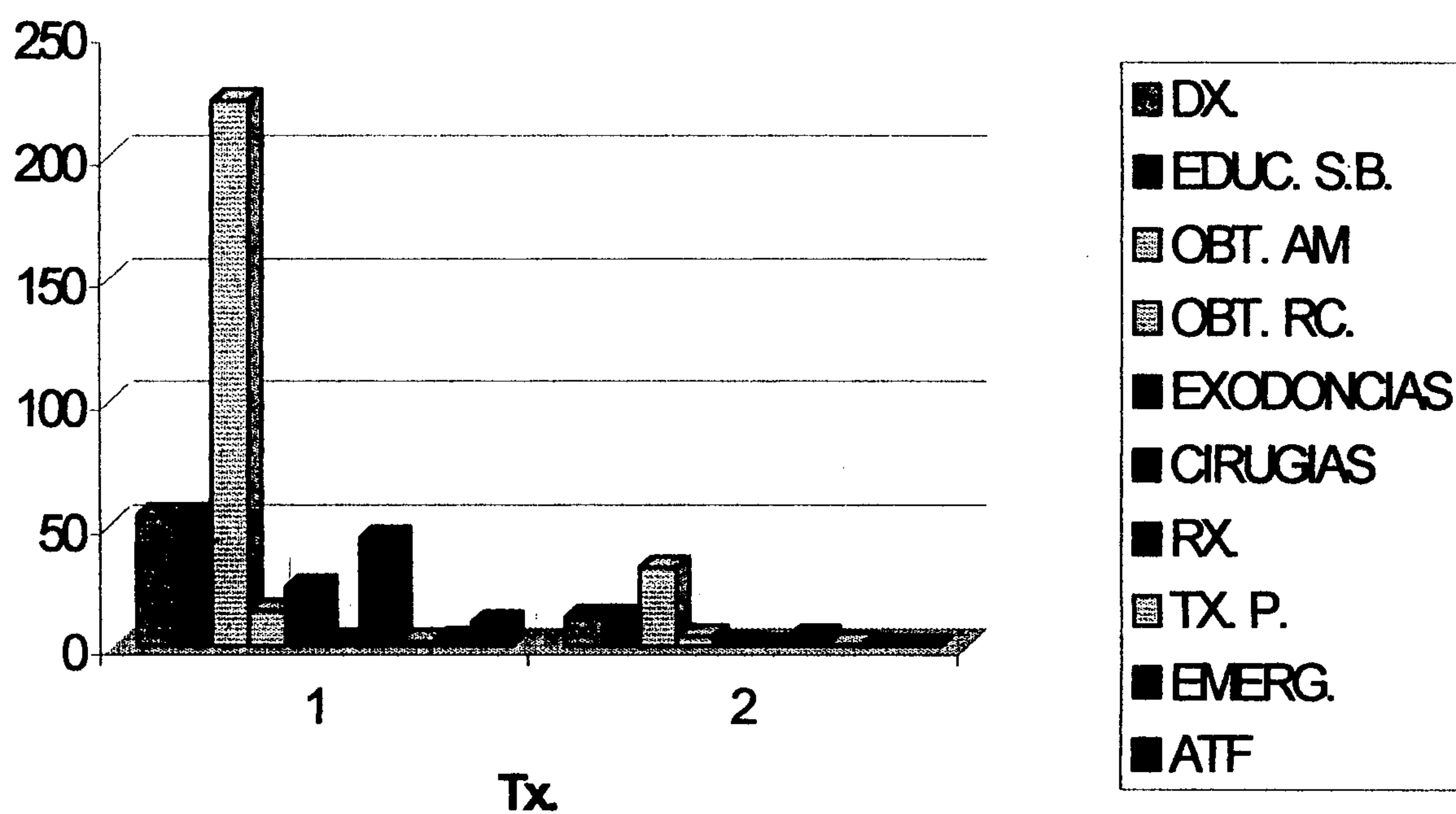
CUADRO No. 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS BUCALES REALIZADOS EN LA
POBLACIÓN DE LOS EXCOMBATIENTES DE LA URNG, DEL CAMPAMENTO
TULULCHE I, QUICHE, MARZO-ABRIL DE 1997

	SEXO	SEXO	
TRATAMIENTO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Dx.	54	12	66
EDUC. S.B.	54	12	66
OBT. AM.	223	33	256
OBT. R.C.	15	4	19
EXODONXCIAS	25	1	26
CIRUGIAS	2	0	2
Rx.	10	0	10
Tx. P.	45	4	49
A.T.F	3	0	3
EMERG	2	1	3
TOTAL	433	67	500

Se les trabajó a un total de 66 excombatientes, teniendo cada uno de ellos su respectivo diagnóstico y educación en salud bucal. Se realizaron 256 amalgamas de diferentes clases, 223 en el sexo masculino y 33 en el femenino. El segundo tratamiento realizado con más frecuencia fue el periodontal, realizándose un total de 49 tratamientos, 45 en el sexo masculino y 4 en el sexo femenino. Se realizaron también 26 exodoncias, una en una paciente del sexo femenino. Cabe señalar la diferencia tan marcada, entre ambos sexos, al realizar los tratamientos dentales, dada la mayor cantidad de pacientes del sexo masculino y la apatía femenina; se le recalca además , que para la realización de las cirugías, fue necesario tomar radiografía peri apicales las cuales se tomaron en una clínica privada de Santa Cruz del Quiche, cabecera departamental.

GRAFICA DEL CUADRO No. 6



Fuente: Trabajo de Campo.

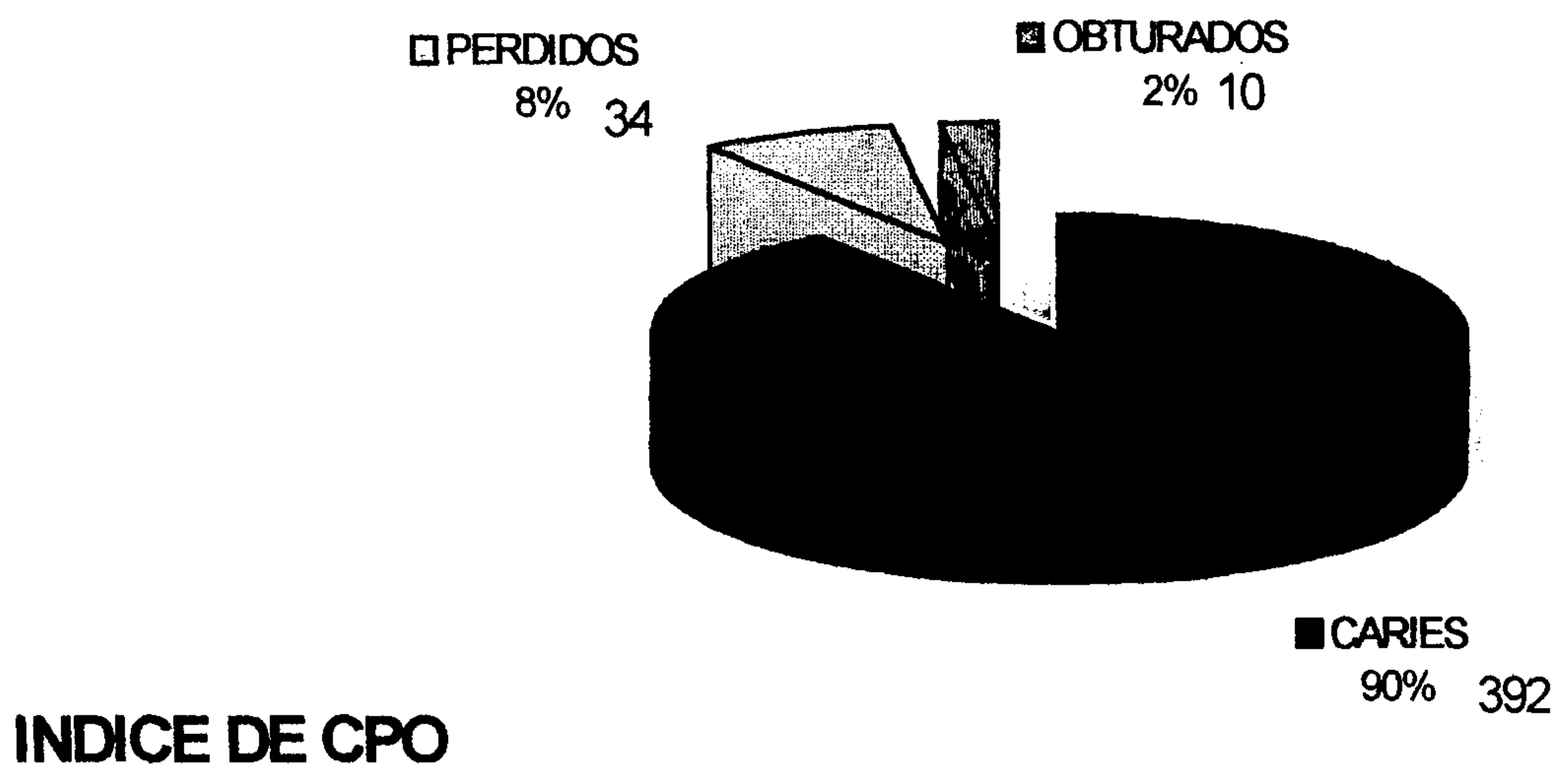
CUADRO No. 7

**INDICE DE CPO EN LA POBLACIÓN DE EXCOMBATIENTES DEL
CAMPAMENTO DE TULULCHE I,
EL QUICHE, MARZO - ABRIL DE 1997**

CARIES	PERDIDOS	OBTURADOS
392	34	10

En este cuadro resalta el alto índice de caries que presento la población de excombatientes de la URNG, del Campamento de Tululche I, El Quiche; comparado con la cantidad de obturaciones que se encontraron. También llama la atención la cantidad de piezas perdidas.

GRAFICA DEL CUADRO No. 7



Fuente: Trabajo de Campo.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio se realizó en el Campamento de Tululche I, El Quiché en un grupo de excombatientes de la URNG durante la fase de desarme y desmovilización.

En este trabajo las personas que se tomaron para la muestra están comprendidas en su mayoría entre los 15 y 35 años de los cuales el sexo masculino era el mayoritario. Cabe señalar que un alto porcentaje de la población presentó emergencias dentales de tratamiento inmediato y no se encontró a nadie con una salud bucal adecuada.

Es importante señalar que el 99.99% de la población en estudio fueron indígenas, entre las de mayor número está la Quiché y la Kakchiquel. Independientemente del sexo un 86.36 % del total de la población sabían leer y escribir, de los cuales un 37.88 % tenían algún grado de escolaridad.

Los tratamientos efectuados en la población de excombatientes del campamento de Tululche I fueron: Periodoncias 49, exodoncias 26, cirugías 2, amalgamas 256, resinas compuestas 19.

CONCLUSIONES

- Se pudo observar por medio de esta investigación, el alto índice de caries que existe en nuestra población seguida de enfermedad periodontal.
- Los resultados obtenidos nos indican que por la falta de información en diferentes idiomas sobre salud bucal no se logra abarcar un número grande de personas que comprendan la importancia de conservar los tejidos bucales en buen estado.
- Cabe mencionar que en el caso del grupo atendido el 100% de los pacientes necesitó tratamiento bucal.
- El anterior estudio pone de manifiesto la mayor participación del sexo masculino en el proceso de desmovilización.
- Es de suma importancia señalar que el grado de analfabetismo fue del 13.64% lo que contrasta con el resto de la población no excombatiente debido al interés de los mismos por una superación.

RECOMENDACIONES

- Dar capacitación a personas de distintas etnias para que asistan a su comunidad a dar pláticas sobre la importancia de la salud bucal.
- Que con la ayuda de los medios de comunicación se divulgue en distintos idiomas a la población sobre la importancia de conservar los tejidos bucales sanos.
- Recalcar en distintas entidades gubernamentales y no gubernamentales que se dedican a la atención médica y dental, la importancia de abarcar más regiones de nuestro país.
- Que se continúe con la atención dental a los excombatientes de la URNG, por medio de entidades gubernamentales y no gubernamentales.
- Hacer énfasis en la población sobre la necesidad de visitas periódicas al odontólogo en función de prevenir problemas bucales.

LIMITACIONES

- 1) **IDIOMA:** La barrera del lenguaje fue desde el principio más que obvia, ya que la mayoría de la población era maya hablante (Quiché y Kakchiquel). Para superar esta limitación se contó con la colaboración de traductores, quienes estaban presentes gran parte del tiempo de trabajo, para cualquier necesidad.

- 2) **INASISTENCIA DEL PACIENTE:** Esta fue una limitación de suma importancia, ya que la misma redujo significativamente el tiempo disponible (60 días) para atender a la población. Entre las causas de esta limitación están las actividades político-educativas a las que tenían que asistir los excombatientes, estas actividades tenían prioridad a cualquier otra actividad incluyendo su tratamiento dental. También todos los excombatientes asistieron a un taller Salud Mental el cual duró todo el día.

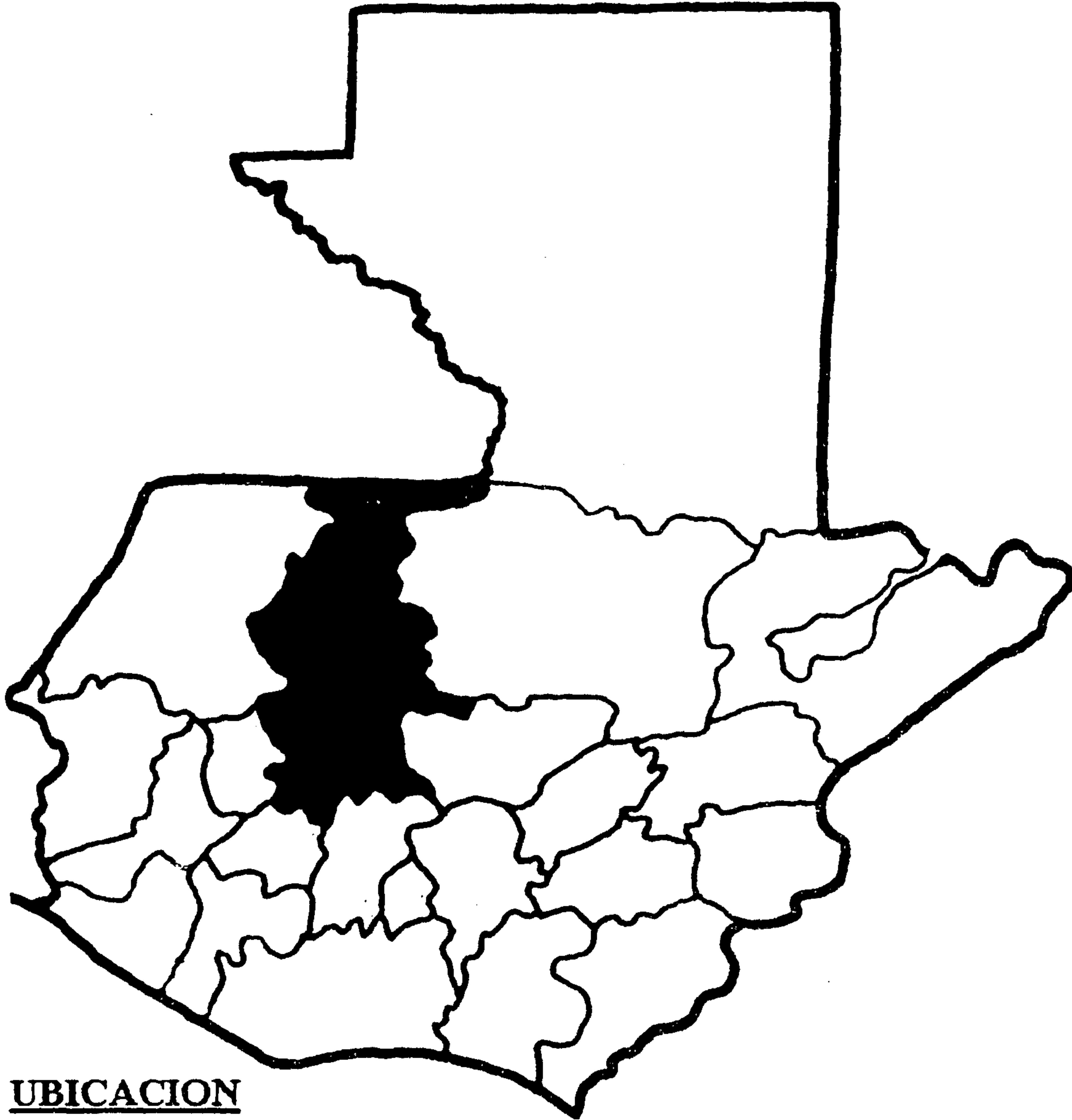
- 3) **FECHA DE INICIO DE LOS TRATAMIENTOS.** En algunos campamentos el inicio de los tratamientos fue muy tardío debido a que la fecha de ingreso de los excombatientes a los campamentos fue postergada muchos días. En uno de los campamentos el Equipo de Salud arribó una semana antes que los excombatientes, perdiendo así valioso tiempo.

- 4) **FALLA DE EQUIPO DENTAL:** Se presentaron fallas en el equipo dental, ya que los compresores tenían presiones de aire irregulares y dañaron algunas piezas de mano de alta velocidad.
- 5) **FALTA DE MATERIALES DENTALES:** Desde el inicio de las actividades se notó la falta de materiales dentales e insumos dentales tan básicos, como fresas, óxido de zinc y eugenol mejorado, cuñas de madera, etc. En el transcurso de las actividades se nos abasteció de dichos materiales, pero otros llegaron una semana antes de finalizar las actividades.

ANEXOS

- ❖ Ficha clínica elaborada por la USAC, que sirvió para el índice ICNTP.
- ❖ Mapa de la República de Guatemala, con la ubicación del Campamento Tululche I, en el Departamento de El Quiché.
- ❖ Plano del Proyecto de Campamentos para Desmovilizados de Tululche I, El Quiché.
- ❖ Carta enviada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por la Comisión Especial de Incorporación URNG y por la OPS/OMS Guatemala.

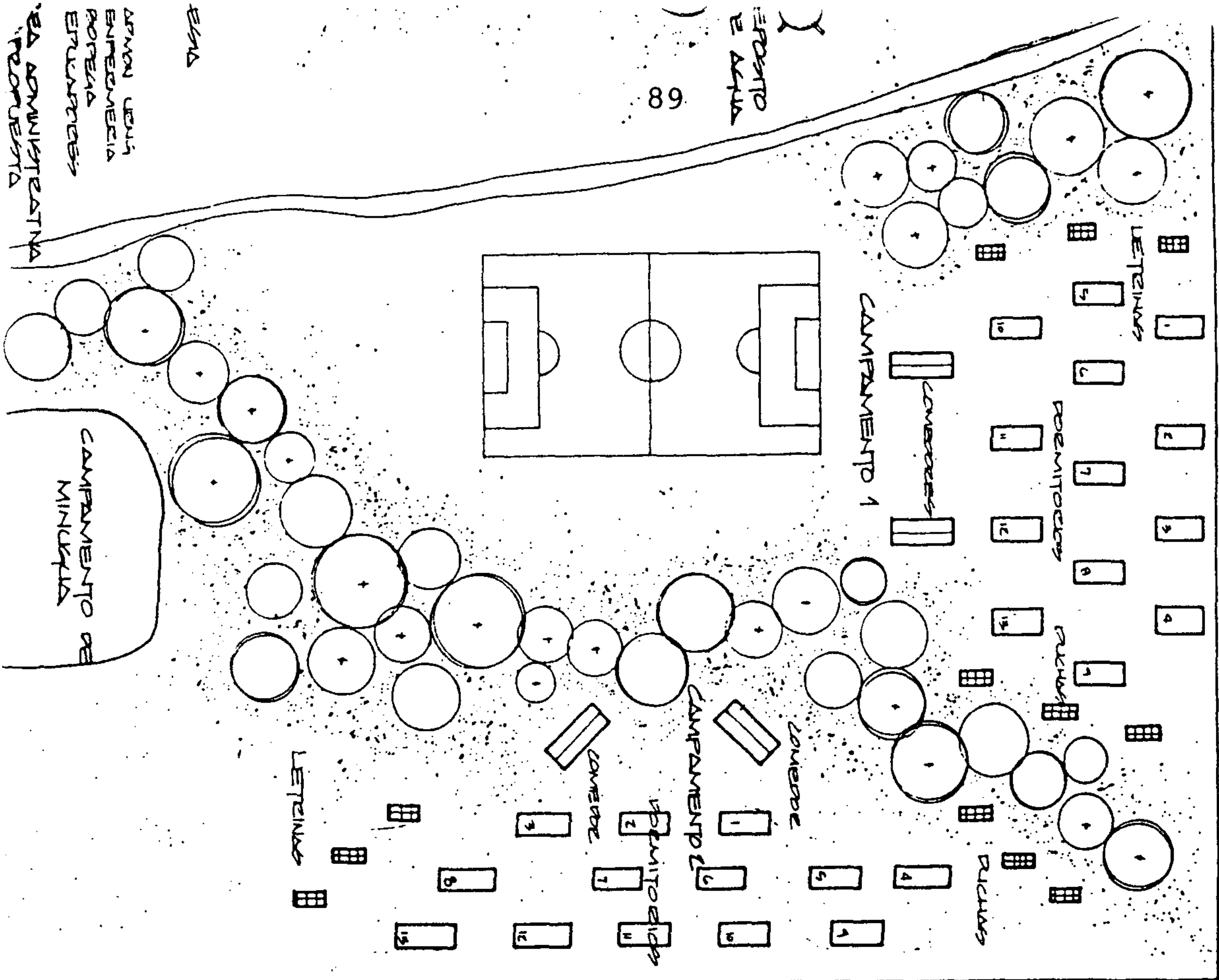
GUATEMALA



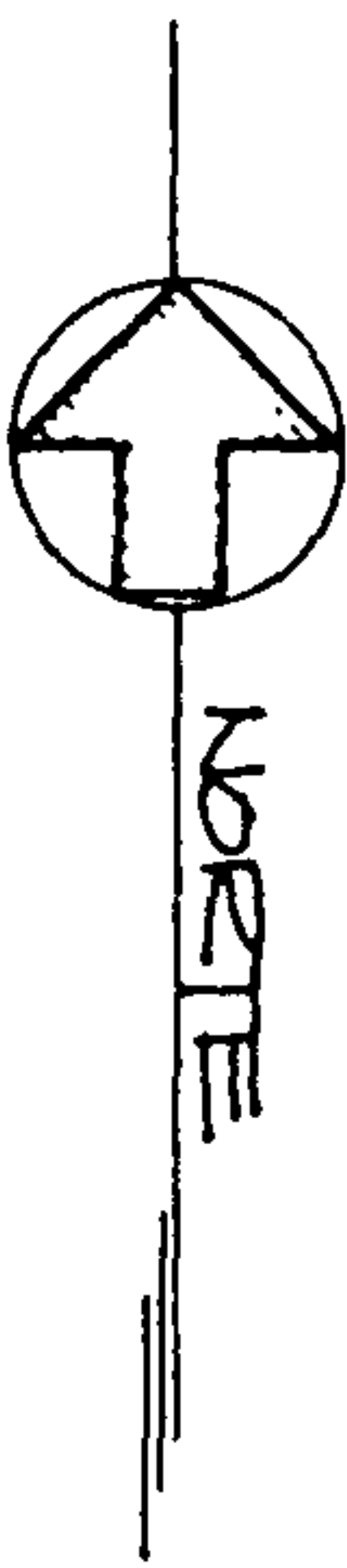
UBICACION

CAMPAMENTO TULULCHE I



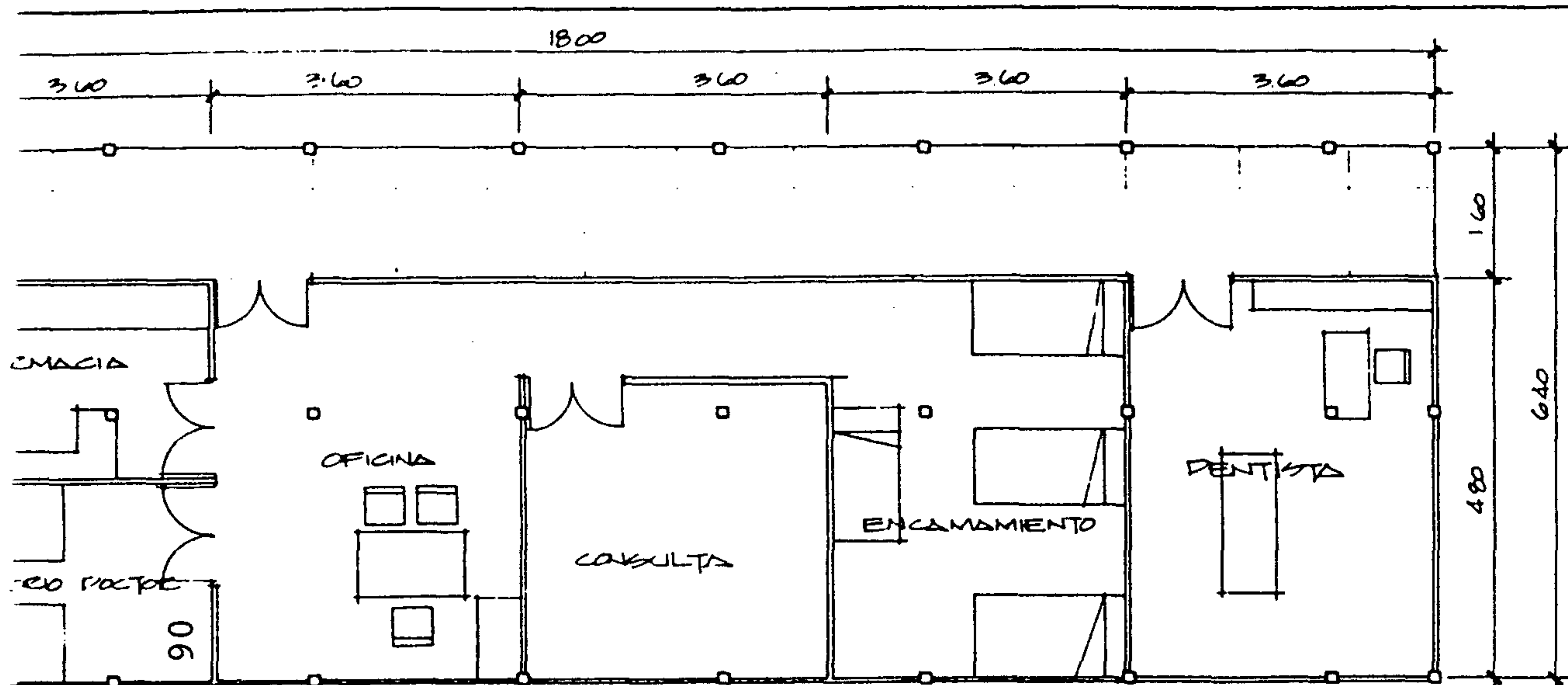


CAMPAMENTO	45
TULULCHE	
600 EXCOMBATIENTES	
ALTURA:	6000 PIES
LLUVIA:	DE MAYO A NOV
CLIMA:	TEMPERADO-CALIDO
CAPACIDAD:	600 PERSONAS



TITUCIONES
UR
AR
MAPAZ
KIKUA
A
JD

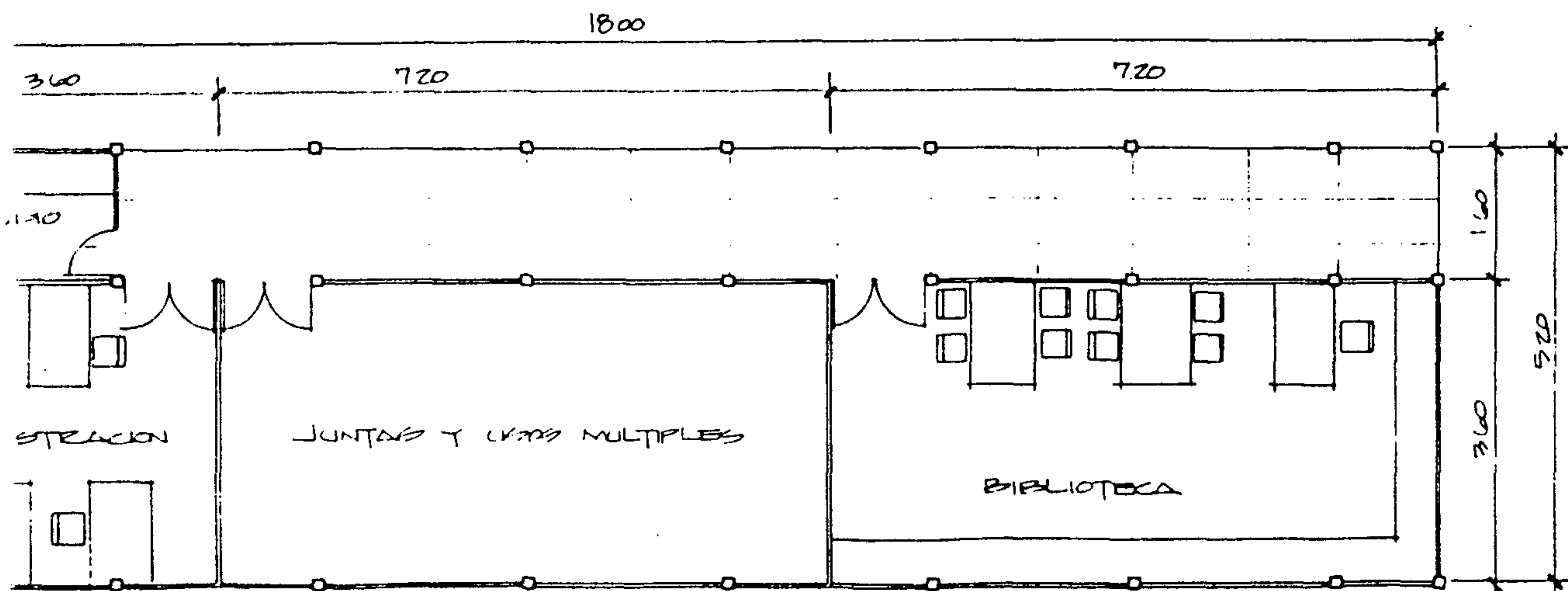
PROYECTO:	
CAMPAMENTO PARA DESMOVILIZADOS	
CAMPAMENTO	45
TULULCHE	
PLANO DE:	
CONJUNTO	
HOJA:	
8	



UNIDAD DE DISTRIBUCION DE ENFERMERIA

11520 MTS²

ESCALA: 1:75



UNIDAD DE DISTRIBUCION DE MANDO

CONSTRUCCIONES

UR

UR

UR

UR

UR

UR

UR

UR

PROYECTO

CAMPAMENTOS PARA DESMOVILIZADOS

CAMPAMENTOS

TUWUQUE

PROYECTO
CAMP / AID

PLANO DE

ENFERMERIA
ADMINISTRACION URG

ESCALA
1:75

FECHA
FUEC 1977

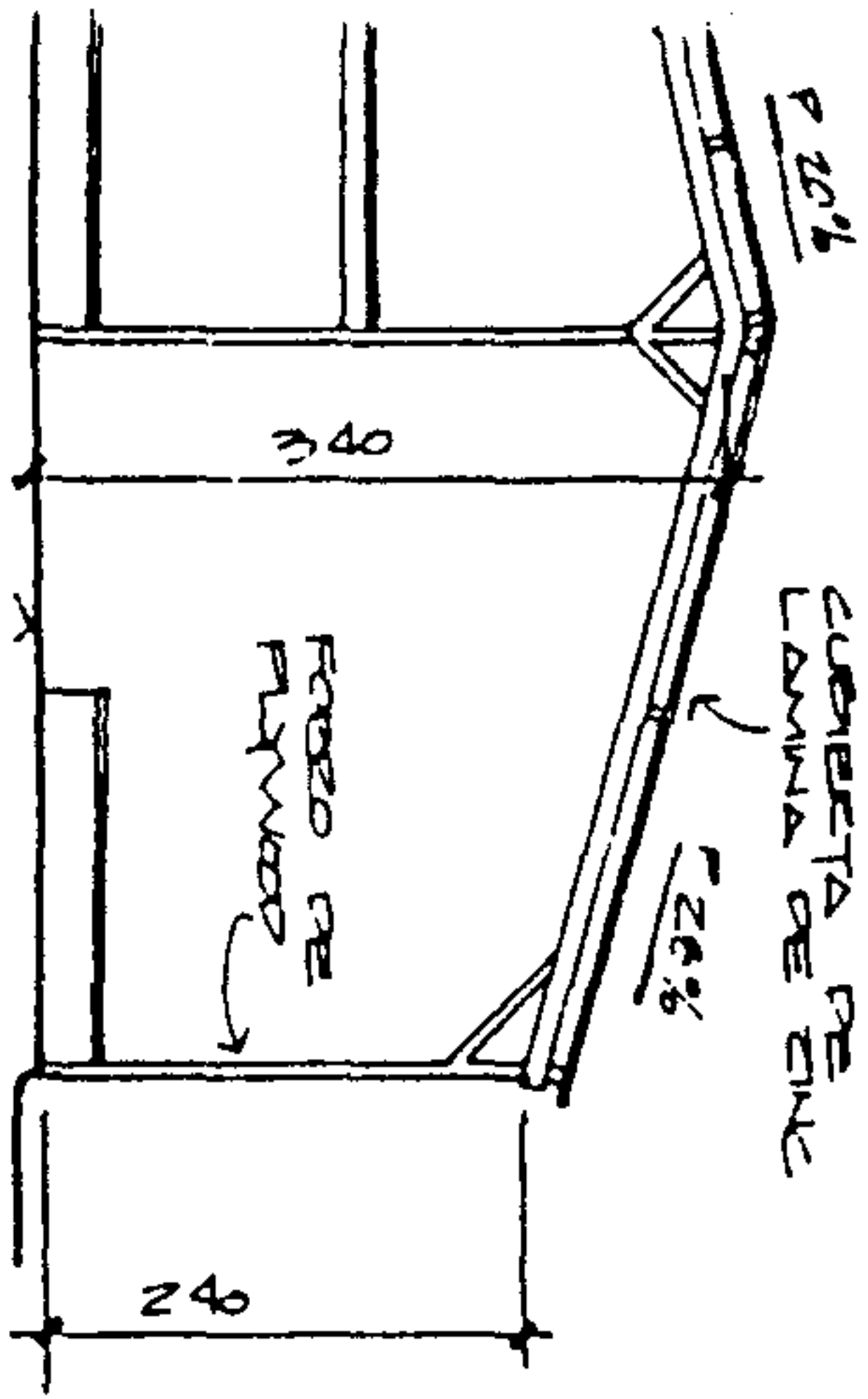
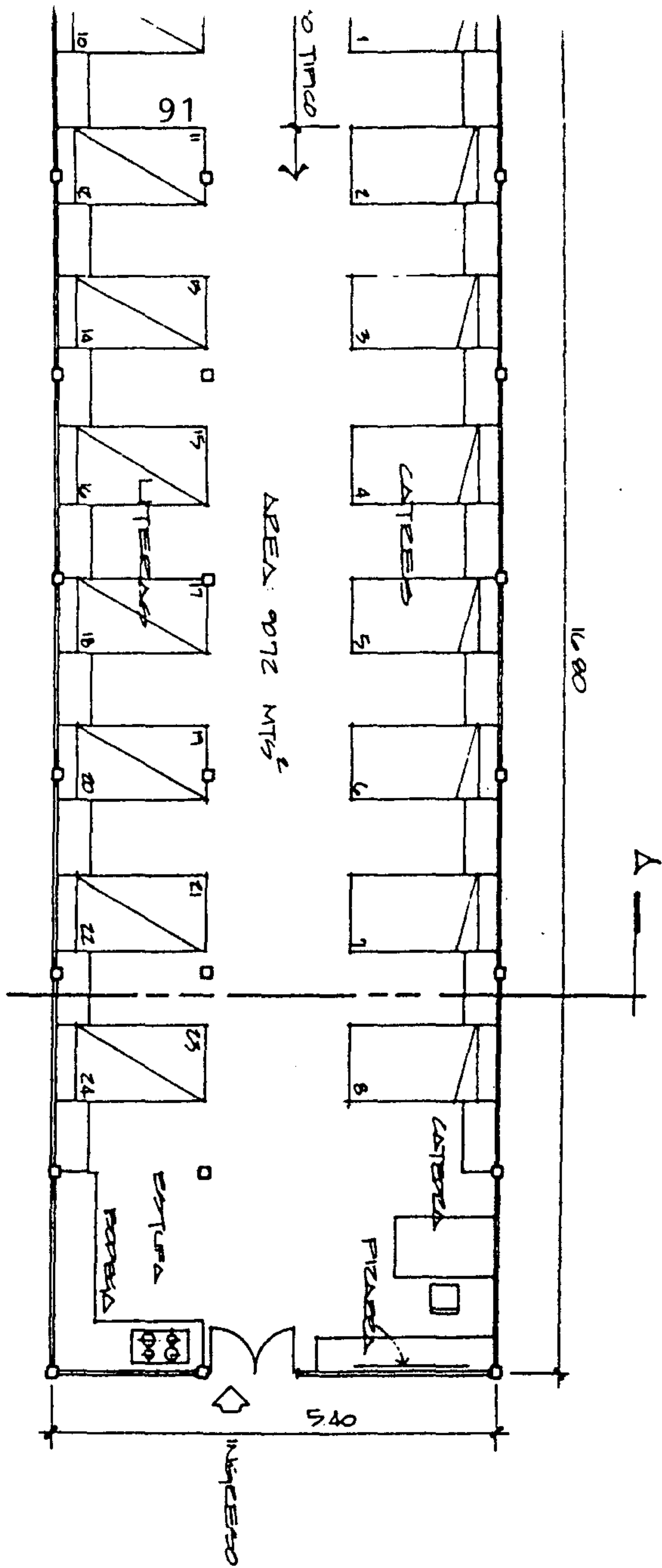
Hols

9

19

LANTA TIPICA DE DISTRIBUCION DE DORMITORIOS

ESCALA: 1/15



SUELO CEMENTO O TIERRA ESTABILIZADA

STITUCIONES

- CUB
- ID
- EAR
- ONAPAZ
- ANKIGUA
- EA
- IM
- HUP
- IE

PROYECTO:

CAMPAMENTO PARA DESMOVILIZADOS

CAMPAMENTO

3 4 5

TULULCHE

PLANO DE

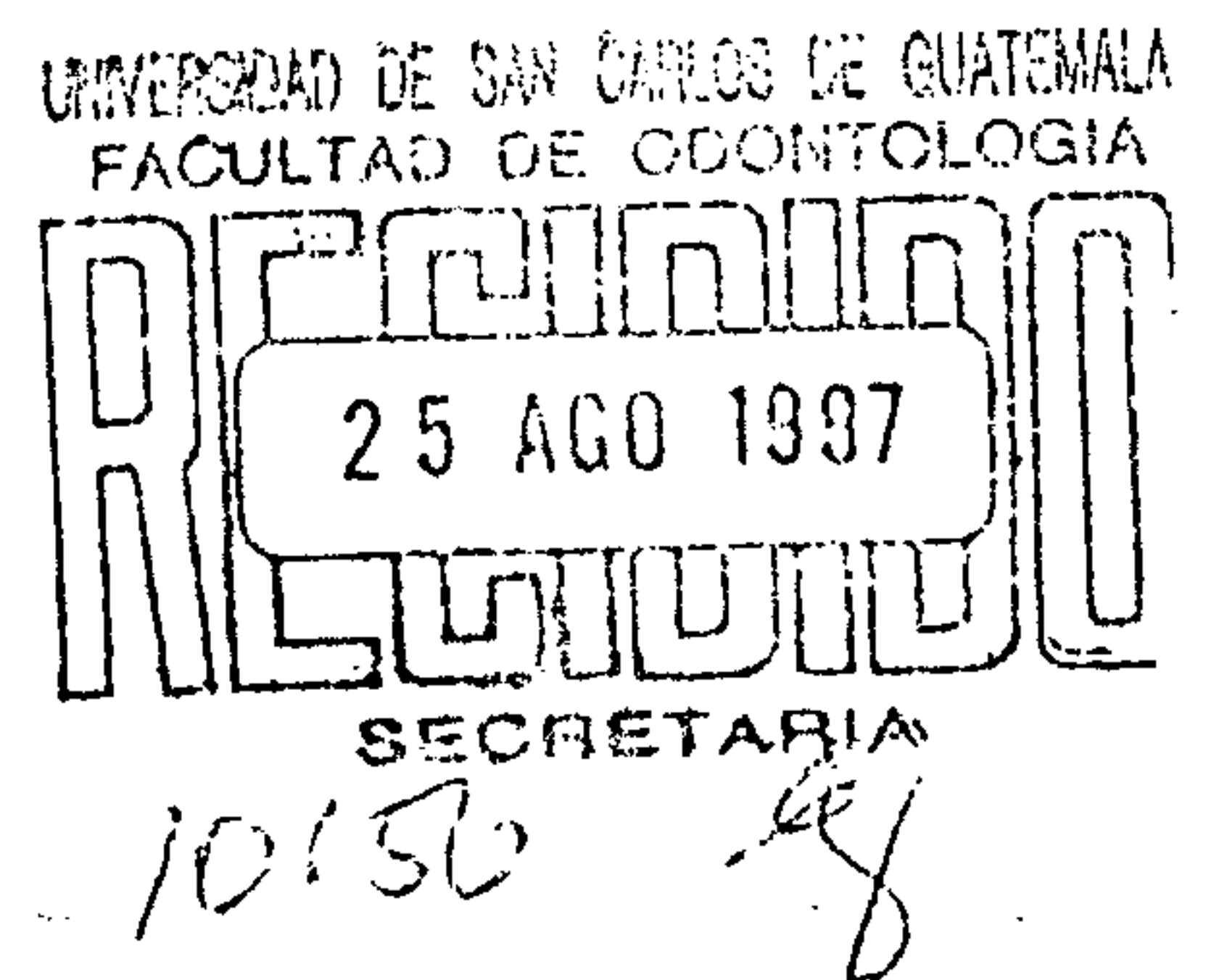
DORMITORIOS

HOLA

7

Guatemala, 8 de agosto de 1997

ANEXO 8



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

Estimado doctor Arroyave:

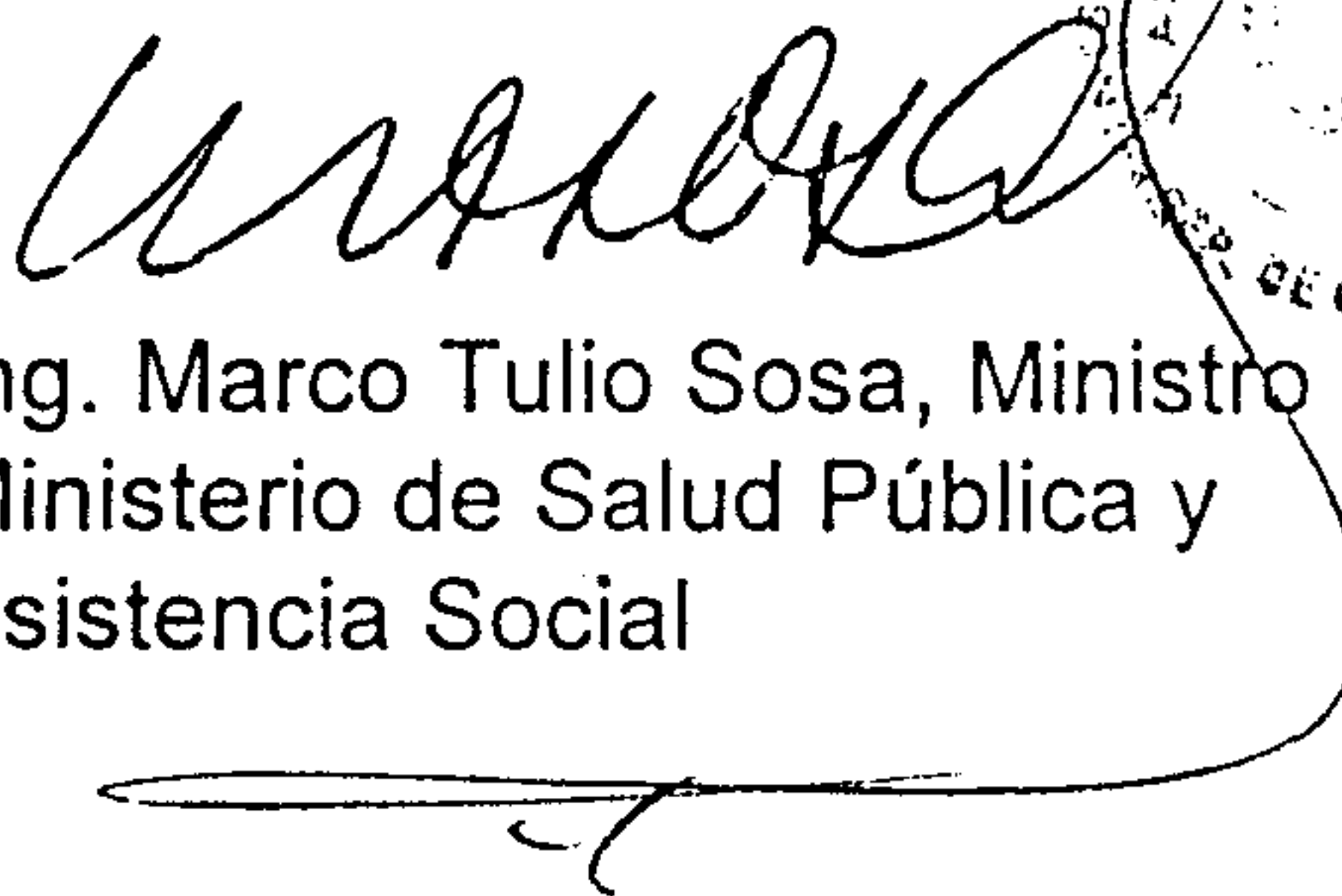
Con la conclusión de las diferentes actividades ejecutadas en el componente de salud en la fase de desmovilización de la URNG, deseamos enviar nuestro más sincero agradecimiento a la institución que usted dignamente representa, por el apoyo, contribución y consideración que brindaron durante todo este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

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

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

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

Atentamente,


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


Fundación Guillermo Toriello
Comisión especial de Incorporación URNG



Dr. Jacobo Finkelstein
Representante
OPS/OMS GUATEMALA

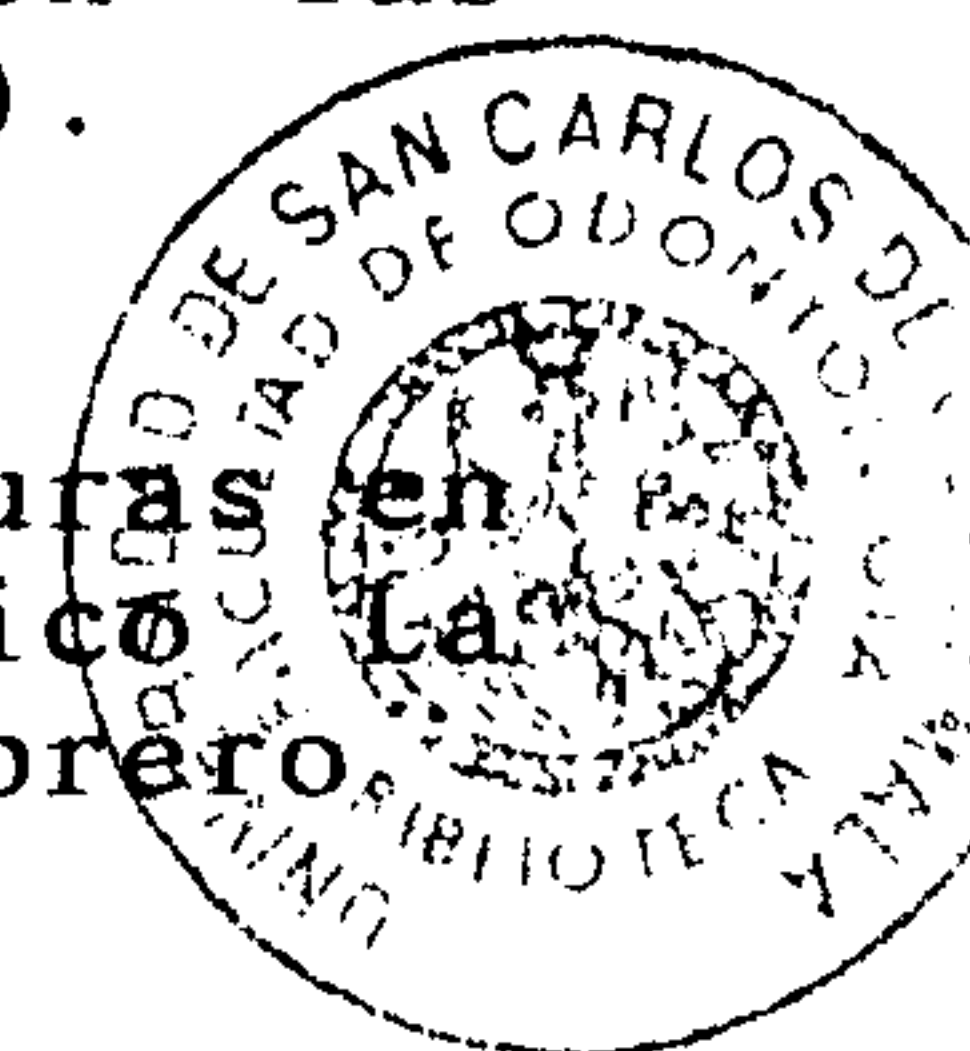


BIBLIOGRAFIA

1. Acuerdos de Paz. Guatemala, Universidad de San Carlos, DIGI, 1996. 49 p.
2. Acuerdos entre el gobierno de Guatemala y las comisiones permenentes. Suscritos el 8 de Octubre de 1992. Guatemala, Editorial Corei, diciembre 1995. pp. 1-3.
3. Baum, Lloyd.-- Tratado de Operatoria Dental / Lloyd Baum, Ralph W. Phillips, Melvin R. Lund ; trad. por Irina Lebedeff Spengler.-- 2da ed.-- México : Interamericana, 1988. 620 p.
4. Carranza, Fermín A. Periodontología Clínica de Glickman Fermín A. Carranza ; trad. por Laura Elías Urpadi-lleta, Enriqueta Ceron Rossinz.-- 7a. Ed.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1990. 1067 p.
5. Catecismo del proceso de paz en Guatemala. Preyecto de Educación Cívica, ASC, Marzo - Octubre, 1994. Guatemala, Fundapaz, Diciembre 1994. 5 p.
6. Centro de Investigación y Documentación Centroamericana. Violencia y Contraviolencia : Desasarrollo histórico de la violencia institucional en Guatemala. Guatemala, Editorial Universitaria, 1980. 251 p. (Mario López Larrave. Vol. 6).
7. De Toro y M. Gisbert. Diccionario Larousse Ilustrado. Buenos Aires, Larousse, 1996. 2670 p.
8. Democracia con justicia social y proyecto alternativo. Guatemala, INDICE, julio 1996. 37p. (Serie Proyecto Alternativo).
9. Durante Avellanal, C. Diccionario Odontológico 2a Ed.-- Buenos Aires, Mundi, 1994, 1990 p.
10. Fagianni Torres, M. Periodoncia : Unidades de aprendizaje independiente. Guatemala, Ediciones superación, 1991. pp. 93 - 96
11. GAM y CIIDH. Quitar el agua al pez : análisis del terror en tres comunidades rurales de Guatemala (1980-1984) Guatemala, Editorial Estudiantil Fénix, 1996. 102 p. (Serie Cuadernos para la Historia).



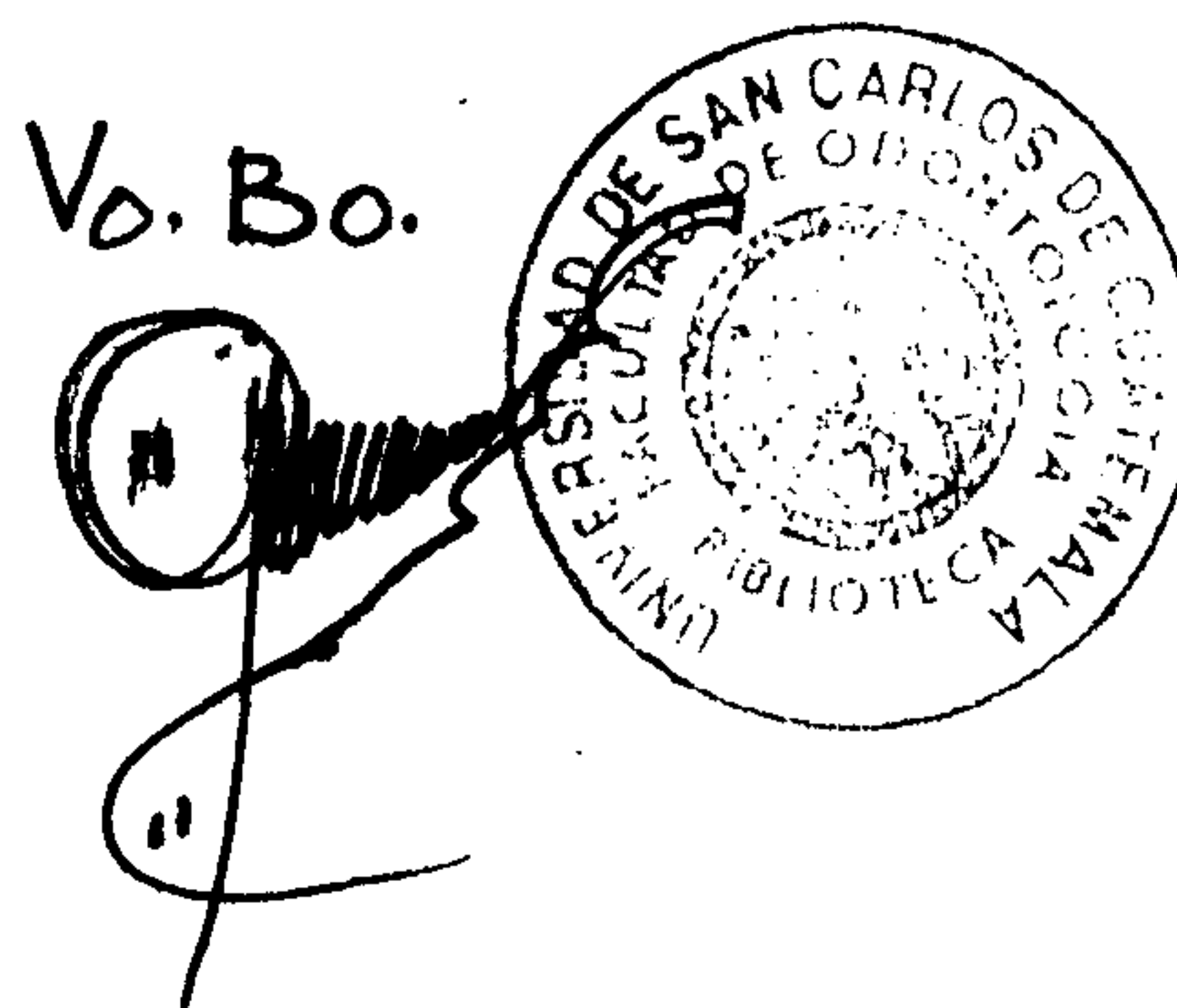
12. García, L. J. M. y R. Quezada Toruño. Los derechos humanos y el proceso de paz en Guatemala. Guatemala, Serviprensa, 1996. 52 p.
13. Haz bien y no mires a quién.-- pp. 1.-- De revista Odontológica Gráfica (Guatemala).-- Año 17. No. 202. (sábado, 1 de marzo de 1997).
14. Henderson, David.-- Prótesis parcial Removible / David Henderson, Victor L. Steffel ; trad. por Martin Horacio Edenberg.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1974 pp. 468
15. Hernández, R. y E. Godoy. Adios a las armas : gobierno y URNG firman acuerdos de paz.-- pp. 2 - 6. En periódico Prensa Libre (Guatemala). Año 46, No. 1486. - (Lunes 30 de diciembre de 1996).
16. Hoy se firma la paz.-- pp. 3 - 7.-- En periódico Prensa Libre. Edición especial (Guatemala). año 46 No. 14685. (Domingo, 29 de diciembre de 1996).
17. Ingle, John Ide. Endodoncia / John Ide Ingle y Jerry F. Taintor ; trad. por José Luis García Martínez, J. Rafael Blengio Pinto, Alberto folch Pi.-- 3a Ed.-- México : Interamericana, 1991. pp. 530 - 531.
18. Katz, Simón.-- Odontología Preventiva en Acción / Simón Katz, James L. McDonald, George K. Stookey. México : Editorial Médica Panamericana, 1975. p. 30 - 40.
19. Kratochvíl, F. James. Prótesis Parcial Removible / F. James. Kratochvíl ; trad. por José Antonio Ramos Tercero. México : Interamericana McGraw-Hill, 1989. pp. 70 - 86, 90 - 98.
20. MINUGUA. Acuerdo global sobre derechos humanos. México, 29 de mayo de 1994. 10 p.
21. —————Informe de reconocimiento de puntos de concentración. Guatemala, Febrero, 1997. 11 p.
22. Montenegro Lima, G. R. César Montes : la paz se pudo firmar hace 30 años.-- En periódico La república (Guatemala).-- Año 4. (Sábado 22 de febrero 1997).
23. —————César Montes : tres movimientos crearon las FAR 9 p. En Periódico La República (Guatemala). Año 4 (Domingo, 23 de febrero de 1997).
24. —————El Che Guevara y Yon Sosa, grandes figuras en la guerra de guerrillas. 11 p. En periódico La República (Guatemala) año 4 (Sábado, 22 de febrero de 1997).



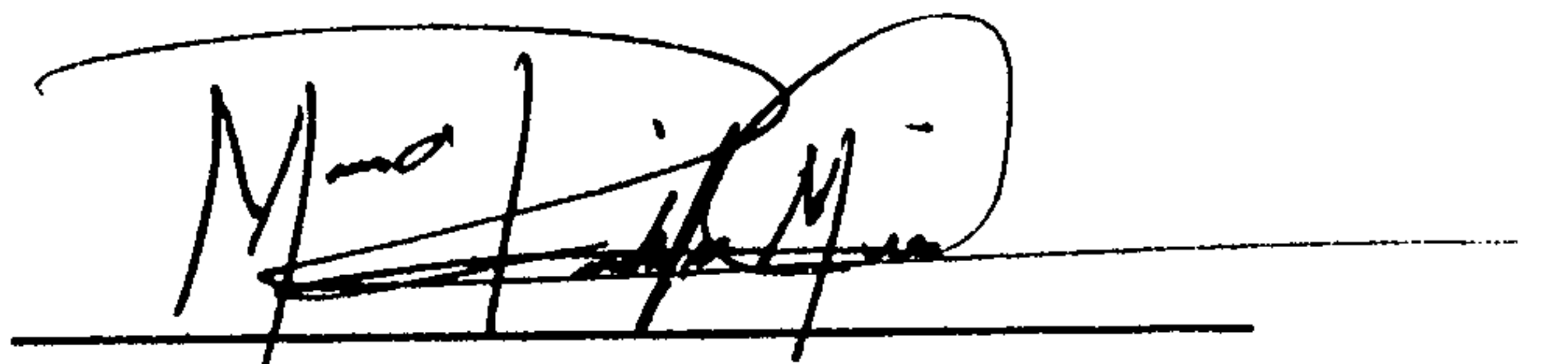
25. ————E. Guerra, César Montes : Yon Sosa y Turcios
Lima construyeron la guerrilla.-- 10 - 11.-- En
Periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (Lunes,
24 de febrero de 1997).
26. Myer, George E.-- Prótesis de coronas y puentes/George
E. Meyers ; trad. por Guillermo Mayoral.-- 3a Ed.--
Barcelona : Editorial Labor, 1975. pp. 190 - 199.
27. Prado, P. E. Comunidades de Guatemala. Guatemala,
Impresos Herme, 1995.-- 136p.
28. Ramírez C., G. A. Apuntres de Técnica operatoria.
Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad
de Odontología, Departamento de Operatoria, 1989.
314 p.
29. Saizar, Pedro.-- Prostodoncia Total / Pedro Saizar.--
Buenos Aires : Editorial Mundi, 1972. 495 p.
30. Salud integral en la fase de desmovilizado y de la
incorporación de la URNG a la vida ciudadana.
Guatemala, URNG, julio de 1997. 72p. (Versión final
para el comentario).
31. San Ramón, H. La Democracia de las armas. México, Lati-
noamericana, 1994, 280p.
32. Seltzer Samuel.-- Pulpa Dental / Samuel Seltzer, I.B.
Berner ; trad. por José Antonio Ramos Tercero.--
México : El Manual Moderno, 1987. 370p.
33. Shillengburg, Herbert T.-- Fundamentos de la
Prostodoncia Fija / Herbert T. Shillingburg, Sumiya
Hobo, Lowel D. Witserstt ; trad. por Rodolfo Krenn.--
México : La Prensa Médica Mexicana. 1983. pp. 13-15.
34. Stewart, Kennet L.-- Prostodoncia Parcial Removable /
Kenneth L. Stewart, Kenneth D. Rudd, William A.
Kuebker ; trad. por Jesús Sierralta, Myrna Khayan B.
Y Mena L. Valles.-- 2a ed.-- Caracas : Actualida-
des Médico Odontológicas Latinoamericana, 1993. pp.
1 - 20, 97 - 100, 117.
35. Stockstill, John W. John F. Bowley y Ronald Attanasio.
Análisis de decisiones clínicas en prostodoncia
fija.-- pp. 565, 569. 591, 594.-- en prostodoncia
fija integral : Directores Huéspedes.-- México
Interamericana McGraw - Hill, 1992. (Clínicas
Odontológicas de Norte América, Vol. 3).



36. Taller de homogenización de criterios para la atención de salud integral en la fase de desmovilización. Guatemala, URNG, 1997. 73 p.
37. Tiempo de Paz.-- 30 p.-- En Periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala). Año 46, No. 14685. (Lunes, 30 de diciembre de 1996).
38. Un Quetzal.-- 16p.-- En Periódico Tinamit (Guatemala). Año 6, 2a Epoca, No. 202. (Jueves, 20 al miércoles 26 de febrero de 1997).
39. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Junta Directiva. Participación de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud, derivado de los Acuerdos de Paz. 17 De enero de 1997. Acta No. 1 - 97.
40. Valdeavellano Pinot, R. Manual de exodoncia. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area Quirúrgica, unidad de cirugía, 60p.

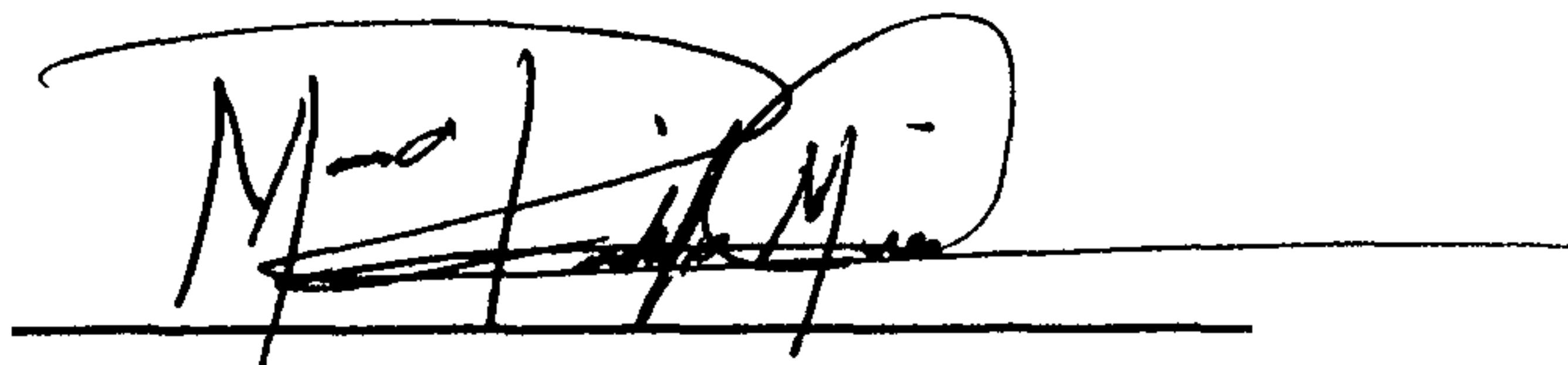


**El contenido de esta Tesis
es única y exclusiva responsabilidad del Autor.**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mario Rodolfo Medina de la Cruz', is written over a horizontal line. The signature is stylized with a large, sweeping 'M' and 'R'.

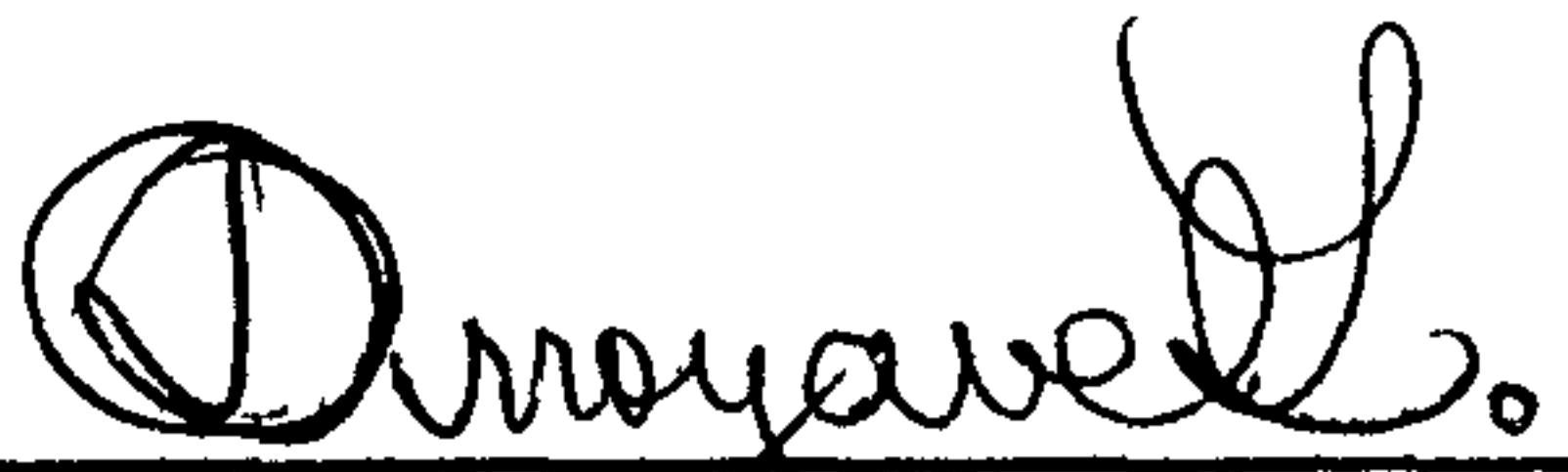
MARIO RODOLFO MEDINA DE LA CRUZ
Sustentante.

INFORME FINAL



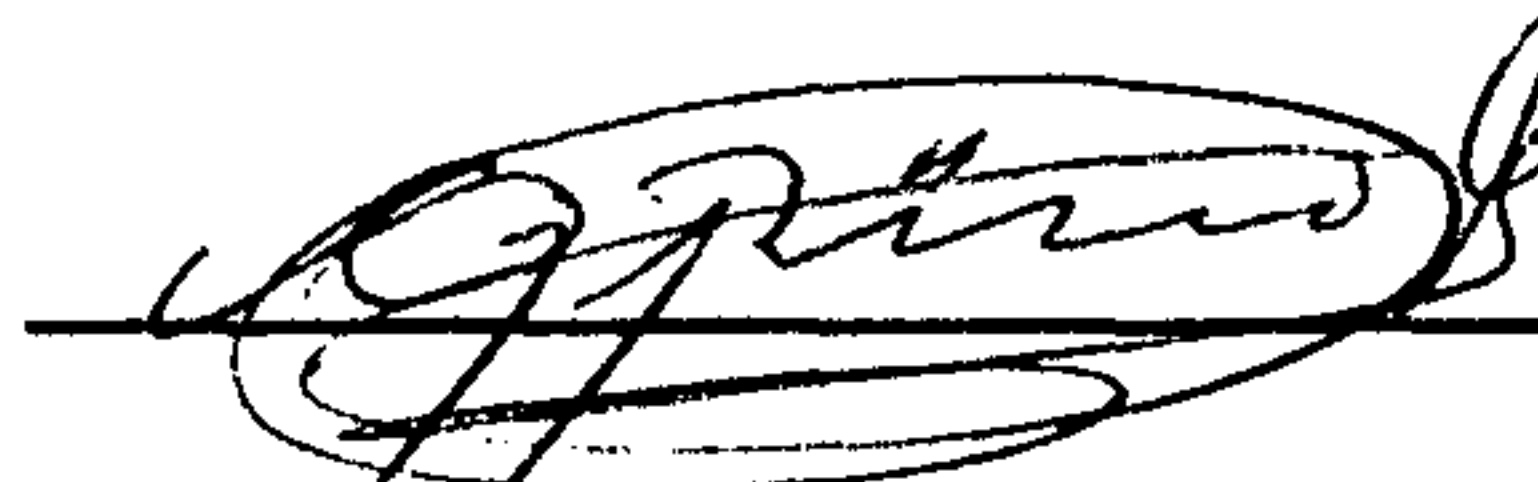
MARIO R. MEDINA DE LA CRUZ

SUSTENTANTE



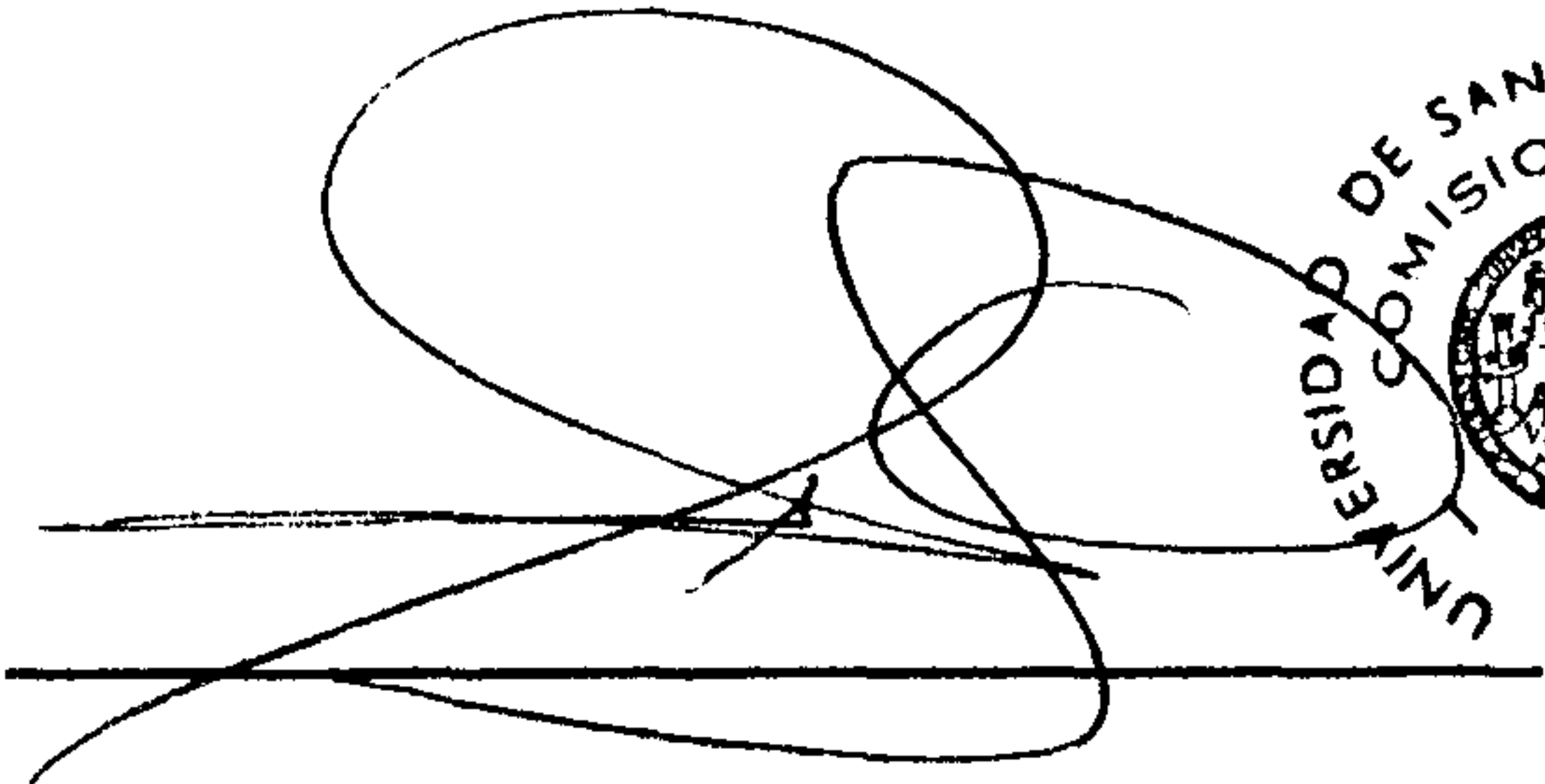
DR. DANILO ARROYAVE RITTSCHER

ASESOR



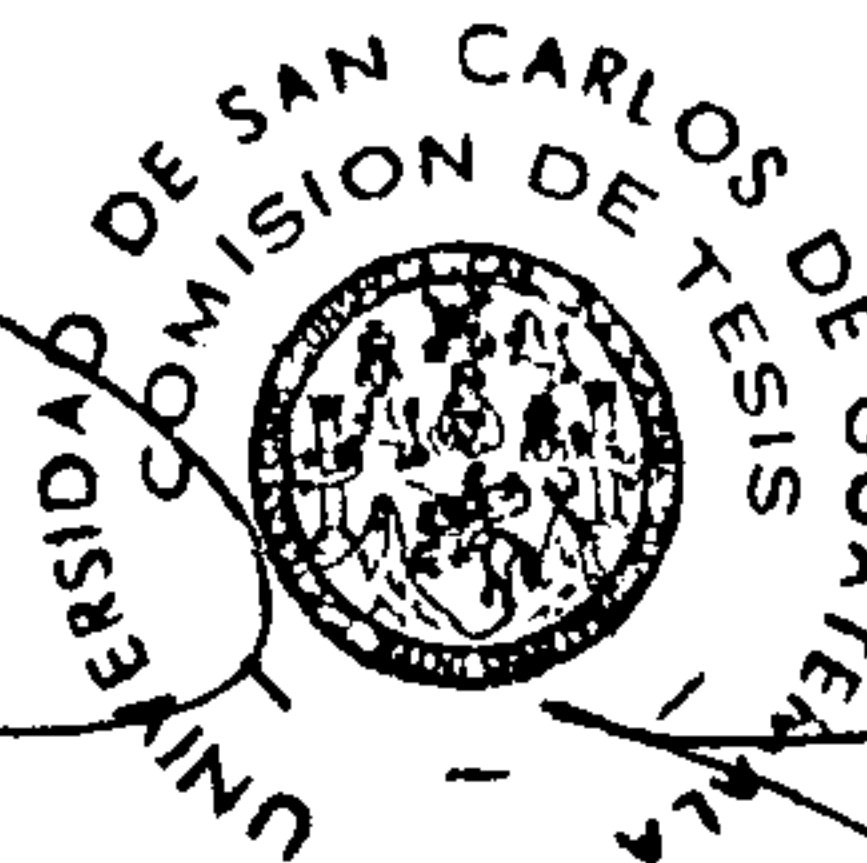
DR. RODOLFO SOTO GALINDO

ASESOR



DR. AXEL POPOL OLIVA

COMISION DE TESIS

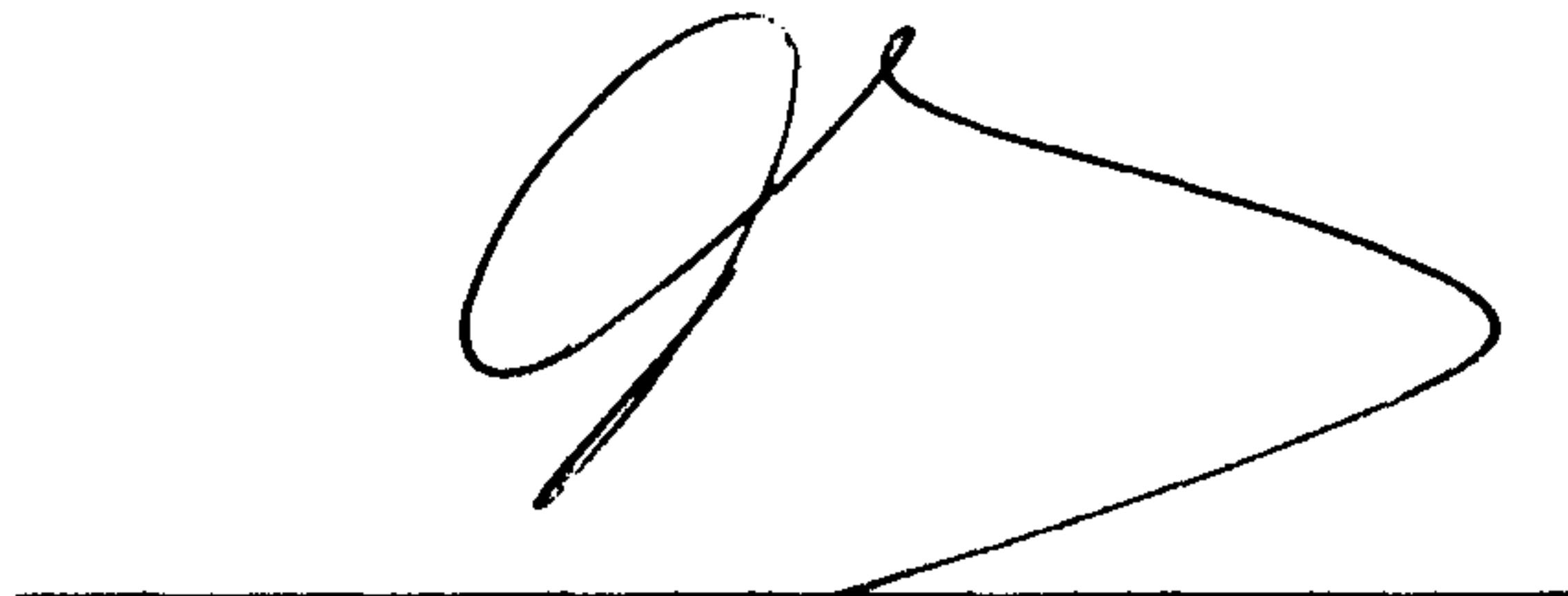


DR. GUILLERMO ROSALES ESCRIBA

COMISION DE TESIS



IMPRIMASE:



DR. OTTO RAUL TORRES BOLAÑOS

SECRETARIO