

DESCRIPCIÓN DE CONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ULCERATIVAS ORALES Y PERI-ORALES CONOCIDAS COMO “FUEGO”, EN EL GRUPO ÉTNICO LADINO, EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS AMBOS SEXOS, EN LA REPÚBLICA DE GUATEMALA EN EL AÑO 2003.

Tesis presentada por:

RICHARD MYNOR GODOY DE LEÓN

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, Julio de 2013

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano: Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles.

Vocal Primero: Dr. José Fernando Ávila González.

Vocal Segundo: Dr. Erwin Ramiro González Moncada.

Vocal Tercero: Dr. Jorge Eduardo Benítez De León.

Vocal Cuarto: Br. Carlos Alberto Páez Galindo.

Vocal Quinta: Br. Betzy Michelle Ponce Letona.

Secretario Académico: Dr. Julio Rolando Pineda Cordón.

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano: Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles.

Vocal Primero: Dr. José Fernando Ávila González.

Vocal Segundo: Dr. Erwin Ramiro González Moncada.

Vocal Tercero: Dra. Mirna Oldemia Calderón Márquez.

Secretario Académico: Dr. Julio Rolando Pineda Cordón.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS TODOPODEROSO, QUIEN SI NO HUBIERA SIDO POR EL, NADA DE ESTO SERÍA POSIBLE.

A mi madrecita: Amanda De León que sin su ayuda y su amor incondicional, no habría alcanzado este logro.

A mi esposa: Jacqueline que entre empujones abrazos y besos logramos alcanzar la meta.

A mis hijitos Andrea, Mynitor y Dylan, mis angelitos quienes fueron mi motivación para alcanzar esta meta

A mis hermanos: Carlos, Amanda, Marlon y Karina quienes de una u otra manera me apoyaron o me ayudaron.

A mi abuelo: Papa Coca, Q.E.P.D. Quien siempre esperó esto de mí.

A mis primos: Yovani, Jarold, Coca, Manuel, Beto, Oscar, también pusieron su granito de arena.

A mis amigas: Cori y Janet que siempre voy a agradecer su
Ayuda incondicional y palabras de aliento y
Todo el personal del C.A.P de la Gomera.

A mis padrinos: Dr. Gustavo Leal, por su ayuda desinteresada,
Para formar hombres de bien.
Dr. Otto Torres, por su ayuda y regaños los
Cuáles rindieron sus frutos.

TESIS QUE DEDICO

A mi Patria: Guatemala

A mi Facultad: Odontología

A mi Alma Mater: Universidad de San Carlos de Guatemala

**A mis escuelas: Al "I.T.C. " Instituto Técnico Construcción
" I.N.M.A" Instituto América.**

A mis catedráticos: Por todo lo que enseñaron y orientaron.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado: **DESCRIPCION DE CONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ULCERATIVAS ORALES Y PERI-ORALES CONOCIDAS COMO "FUEGO", EN EL GRUPO ÉTNICO LADINO, EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS EN AMBOS SEXOS, EN LA REPUBLICA DE GUATEMALA EN EL AÑO 2003.** Conforme lo demandan las Normas del Proceso Administrativo para la Promoción de los estudiantes de grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Deseo expresar mi agradecimiento a la Dra. Mirna Calderon, Dr. Henry Cheesman, Dra. Ingrid Arreola, Dra. Karla Fortuny y el Dr. Ricardo León, por su valiosa orientación y dedicación en la realización de esta investigación.

Y a ustedes miembros del Honorable Tribunal Examinador, acepten las muestras de mi más alta estima y respeto.

ÍNDICE

1) SUMARIO.....	1
2) INTRODUCCIÓN.....	3
3) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
4) JUSTIFICACIÓN.....	5
5) REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
6) OBJETIVO GENERAL.....	41
7) OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
8) HIPÓTESIS.....	43
9) VARIABLES.....	44
10) METODOLOGÍA.....	46
11) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	49
12) ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	84
13) CONCLUSIONES.....	88
14) RECOMENDACIONES.....	89
15) BIBLIORAFÍA.....	90
16) ANEXOS.....	92

SUMARIO

El presente estudio contiene un acercamiento a las creencias, actitudes y prácticas tradicionales en relación al "fuego en la boca", en los grupos de población Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino. El estudio se llevó a cabo a través de entrevistas estructurales e ilustraciones, utilizadas para identificación de las lesiones.

Se organizó la información en cuadros estadísticos que posteriormente fueron interpretados.

La mayor parte de los entrevistados corresponde en su mayoría a adultos jóvenes, cuya edad oscila entre 18 a 30 años.

La población ladina entrevistada, relaciona al "fuego" con el apareamiento se lesiones en boca, como "ampollas, granos, llagas, bolas, etc.

Se encontró que el Herpes Labial es la lesión más identificada por este grupo étnico.

Los signos y síntomas referidos como "picazón, ampollas y costras" no son comúnmente mencionados, explicaron que las lesiones presentaban, un lapso de duración comprendido en un período de hasta 7 días.

No aplicarse nada es muy común para la población entrevistada, pero también, gran variedad de agentes son utilizados por la etnia ladina, siendo estos el Piñón y Bicarbonato.

La tradición de ésta cultura se ha transmitido de generación en generación con respecto al tratamiento de las lesiones mencionadas, siendo los padres y abuelos, las personas más consultadas, pero llama la atención que un grupo considerable refiere no consultar a nadie.

INTRODUCCION

Este documento contiene el informe final de la investigación. "Descripción del conocimiento y tratamiento de lesiones ulcerativas orales y peri-orales conocidas como "fuego", en los grupos étnicos Quiché, Cakchiquel, Mam, Garífuna y Ladino en la república de Guatemala, a personas de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, en el año 2003.

Se incluyen aspectos antropológicos, generalidades sobre cultura, cultura popular tradicional, medicina tradicional en Guatemala, antecedentes de algunos grupos étnicos en Guatemala y descripción de lesiones ulcerativas, que se consideran importantes para la comprensión del tema en estudio.

El estudio determinó que se utilizan una gran variedad de componentes, tanto de origen natural como productos farmacéuticos, siendo estos conocimientos trasladados de generación en generación.

Consideramos que la riqueza cultural, en cuanto a conocimiento y tratamiento de afecciones bucales (lesiones ulcerativas), de las diversas etnias que se incluyen en este estudio, ha estado relegado, por lo que es primordial atender estos aspectos, en la búsqueda de soluciones en beneficio de la población guatemalteca.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Guatemala es un país, multiétnico multicultural, esto significa que dentro de su área geográfica, coexisten grupos de individuos con diferentes formas de pensar y sentir, heredadas de sus antepasados, quienes se iniciaron como un grupo organizado, con una serie de ideas y concepciones que pusieron en práctica para ir satisfaciendo sus más elementales necesidades y para dar solución a sus problemas. Estos conocimientos han sido utilizados en todos los aspectos de la vida de la población.

Las lesiones ulcerativas de la cavidad oral y región peri-oral se presentan con frecuencia en la población guatemalteca. Estas lesiones tienen distinta etiología (traumática, viral, bacteriana, inmunológica y neoplásica), y comúnmente la población las denomina como "fuego en la boca", sin hacer distinción diagnóstica.

En consecuencia, este estudio planteó ¿Cuál es el conocimiento que existe acerca del denominado "fuego en la boca" en las personas de ambos sexos, mayores de 18 años de las etnias Quiché; en el área rural del departamento del Quiché; Cakchiquel; en el área rural del municipio de Patzún, Chimaltenango; Mam; en el área rural del departamento de Huehuetenango; Garífuna; en el área rural del municipio de Livingstone, Izabal y Ladina; en el área rural del departamento de Zacapa, en el año 2003? ¿Cómo resuelven este tipo de lesiones?

Se consideró importante incluir los grupos étnicos Quiché, Cakchiquel y Mam, por tener éstos, mayoría numérica respecto a otros grupos étnicos indígenas y las poblaciones garífuna y Ladino por constituir grupos cuyas raíces culturales son distintas.

JUSTIFICACIÓN

Debido a la diversidad de culturas de Guatemala, podrían esperarse que existan variaciones en el comportamiento de los diferentes grupos étnicos, con respecto al conocimiento y tratamiento de lesiones ulcerativas orales y peri-orales.

Es de gran importancia saber y comprender estas prácticas, actitudes y creencias que varían del conocimiento académico, para así lograr un acercamiento a la realidad sociocultural de Guatemala a la que tarde o temprano se enfrentará el futuro odontólogo y que muchas veces es la causa de choques culturales.

Por lo tanto se hace necesario establecer el conocimiento y tratamiento de lesiones ulcerativas orales y peri-orales conocidas como “fuego” en distintos grupos étnicos de la República, en personas de ambos sexos, mayores de 18 años, de tal forma que permita considerar sus aspectos positivos, y así se atiendan estas costumbres para retroalimentar el proceso de enseñanza aprendizaje en esta temática.

La investigación la realizaron cinco personas, debido a que fueron cinco étnias las investigadas en este estudio y los estudiantes fueron:

Étnia Mam: Henry M. Pérez.

Étnia Garífuna: Williams Oliva.

Étnia Cakchiquel: Eniel Ornan Juárez.

Étnia Ladina: Richard M. Godoy de Leon.

Étnia Quiché: Luis González.

REVISION DE LITERATURA

Guatemala, como muchos países subdesarrollados afronta entre sus múltiples dificultades un gran problema, el de la salud. A todas luces agudizado en los grupos sociales marginados, tanto del campo como de la ciudad.(15)

En tan serios problemas se ha considerado que han intervenido ciertos factores, entre los que encontramos: factores biológicos, económicos y sociales, . Dejando fuera los elementos culturales que puedan incidir de alguna manera ya sea para beneficio o deterioro de la salud.

No fue hasta la década de los años sesenta cuando se revisaron estudios que enfatizaron los componentes culturales que intervienen en el proceso salud enfermedad, tales como los medicamentos, los alimentos y en general, todo un cúmulo de conocimientos médicos de origen ancestral y que en mayor o menor escala están vigentes en diferentes poblaciones del llamado tercer mundo. (6)

I CONSIDERACIONES ANTROPOLÓGICAS:

La Antropología es la disciplina de las ciencias sociales que estudia al hombre y sus obras. Esta se divide en tres grandes campos: Antropología física, Arqueología y Antropología cultural.

La Antropología Física es, en esencia, biología humana. Estudia las diferencias sociales, que implican la transición de rasgos somáticos de una generación a la siguiente, el crecimiento, desarrollo y decrecimiento del organismo humano ante las influencias del ambiente natural sobre el hombre.

La Arqueología estudia las formas de vida y de producción de civilizaciones hoy existentes.

La Antropología cultural por su parte estudia el comportamiento del hombre, los procedimientos ideados para enfrentarse a su medio circulante, ya sea natural , social o espiritual, y la manera como conserva y transmite un grupo de costumbres, desde sus inicios. El hombre tuvo ideas formas o procedimientos para satisfacer sus más elementales necesidades y darle sentido a los fenómenos de la naturaleza. Generó así un cuerpo de creencias y de costumbres, las que fueron transmitidas a las siguientes generaciones. Esta experiencia del hombre, que le da pasado y lo provee de un futuro es lo que se llama cultura. (14)

II GENERALIDADES SOBRE CULTURA:

Se entiende como Cultura, en forma general, a las creencias, actitudes y conocimientos que son características propias de un pueblo, que lo conducen a realizar prácticas específicas y que le confieren un comportamiento determinado.

La cultura es un elemento potencial en el cual se involucran las diversas actividades y manifestaciones del ser humano. Es un sistema de valores naturales y espirituales históricamente producidos que aparecen, como principios; formas y resultados de la actividad humana, difundidos y arraigados en determinada colectividad social a través de sus tradiciones de la realización de modelos comunes, de sus medios de instrucción y educación, y que se manifiesta en el campo de la producción material y la organización social de la vida, así como en las modalidades de la producción intelectual y artística.

La cultura no es un ente abstracto sin la suma de conocimientos de una generación a otra, la memoria colectiva; la herencia social que hace posible la integración de los miembros de una comunidad, impregnándoles sus normas de comportamiento, valores, sabiduría y habilidades, la síntesis de valores materiales y espirituales de una sociedad determinada, el marco organizador de la autoconciencia nacional; la fisonomía social, la personalidad de cada pueblo. (10)

No obstante, vivimos en una época de la historia de la humanidad en la que ninguna cultura puede subsistir aisladamente. Es cierto que, a todo

lo largo de su historia, la mayoría de los pueblos, hasta los más alejados geográficamente entre sí, han influido los unos sobre los otros y se han enriquecido mutuamente en el plano cultural. Las ideas y las creencias en las que se basan actualmente nuestras convicciones más íntimas, que constituyen la base de algunos de nuestros conocimientos, o que encarnan nuestra sensibilidad más profunda, tienen su origen en un pasado tan lejano y tan complejo, que nos cuesta imaginarlo.

Las formas de vida no son estáticos, sino que cambian en el transcurso del tiempo. Esto obedece a causas de desarrollo intenso de las fuerzas sociales de una comunidad, así como a los inevitables contactos con modelos de vida de grupos extraños al propio, que en un momento determinado pueden asimilarse y tomarse como propios. (14)

Cultura Popular Tradicional:

La cultura popular tradicional se refiere a todas aquellas manifestaciones, que se desarrollan en el seno de un pueblo y que poseen características propias, surgidas por los procesos históricos y sociales que las determinan.

Comprendida dentro de su contexto histórico, la cultura popular tradicional, es dinámica por excelencia, permite a los pueblos adaptarse a situaciones nuevas de vida y coadyuva a la transformación de su realidad circundante. Como elemento social que es la cultura popular tradicional, se transforma de acuerdo a los cambios sustantivos de la nación a la que pertenece, pero como receptáculo de manifestaciones socioculturales ancestrales, permite conservar en su seno lo más valioso

del patrimonio del pueblo y adaptarse con éxito a las transformaciones ancestrales.

Los cambios de la cultura popular tradicional, no conllevan a la destrucción o extinción de sus rasgos básicos, sino por el contrario permite conservar y enriquecer los aspectos propios, auténticos y genuinos que los mismos pueblos desean que permanezcan en el proceso de su desarrollo. En tal sentido la cultura popular tradicional se convierte en fuente inagotable de identidad cultural con raíz de nacionalidad. Su aplicación a la educación exige que sea la base donde se asiente la identidad cultural de nuestros países. (2)

Medicina Tradicional en Guatemala:

Se conoce como Medicina Tradicional a las prácticas y conocimientos utilizados en el diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos físicos, sociales o emocionales; que se han acumulado durante siglos transmitiéndose en forma oral y que forman parte de la tradición de un pueblo. Esta tiene sus bases en la observación y el ensayo, y su enseñanza se relaciona estrechamente con la experiencia, formando parte de la cultura de los pueblos.

La medicina es una ciencia que ha sido cultivada por todas las sociedades para aliviar los sufrimientos y males de los miembros de la comunidad. El hombre tuvo que establecer reglas para sobrevivir, incluyendo el cuidado de la salud, ya que entre sus primeras necesidades estuvo cualquier acción que le permitiera aliviar y curar sus dolores.

En la actualidad la medicina tradicional conforma un campo de investigación de interés especial en las áreas de salud y elementos culturales. Su propósito último es investigar y analizar todos aquellos recursos positivos que benefician la salud física, mental, social y espiritual de la colectividad. Así también descartar las creencias y/o elementos negativos o nocivos.(15)

Como medios para enfrentarse a las enfermedades, el hombre ha usado las siguientes alternativas:

1. invocar a los dioses o Dios único.
2. En un grado de cultura más avanzado, usa medios eficaces conforme a lo observado por la experiencia.
3. Si ya existe una medicina basada en el método científico, recurrir a los médicos.
4. En todos niveles del desarrollo cultural, recurrir a fuerzas mágicas no santas, tales como brujería y adivinaciones.

Finalmente hay que mencionar que Guatemala es un país rico en creencias, prácticas y recursos médicos tradicionales. Esto obedece a la función de los conocimientos médicos alcanzados por la cultura maya con los aportes médicos populares traídos por los españoles en el período de la conquista y colonización, heredados en gran medida de los pueblos árabes que colonizaron la Península Ibérica. Aunado todo ello a los avances médicos contemporáneos se ha formado una amalgama de conocimientos que ha despertado el interés científico. Por ello en nuestro país cada grupo social y étnico ha seleccionado sus elementos y los ha jerarquizado de acuerdo con sus necesidades. Estos

elementos han sido condicionados por su proceso histórico, el ambiente y la cultura. (7,15)

Etiología Indígena de la Enfermedad:

La mayoría de los pueblos indígenas americanos creen en el poder curativo de la madre tierra; en que la enfermedad se cree que aparece cuando se produce un desequilibrio entre la persona y su medio natural. De manera inversa, la persona está sana cuando este equilibrio se mantiene o se recupera.

Los pueblos indígenas de Guatemala han dado a la medicina un carácter sagrado y de superstición, puesto que para ellos las enfermedades tienen algo de demoníaco, de pecado y de castigo. Los mayas creían que por el pecado cometido venían muertes, enfermedades y tormentos, por lo que tenían por costumbre confesarse.

Sin embargo, los quichés supieron apreciar etiologías distintas de la sagrada. La enfermedad era considerada físicamente como un desequilibrio de los elementos “frío” y “caliente” que entran a formar la vida; el frío y la humedad fueron reconocidos como agentes causales de reumatismos y catarro. (7,15).

Naturaleza de la enfermedad en la Medicina Tradicional:

Dentro de la medicina tradicional, de acuerdo al origen o causa de la enfermedad, esta se clasifica en dos grupos:

Enfermedades de origen físico:

Son aquellas en que el individuo logra establecer la causa directa de tipo físico que los producen, existiendo una relación causa-efecto. Para las enfermedades identificadas por causa natural se emplean plantas y algunas secreciones y partes de animales, a las que se les atribuyen cualidades curativas. Se incluyen en este grupo:

- traumas físicos producidos por objetos y accidentes en general.
- Ingestión excesiva de determinados alimentos que originan dolencias del aparato digestivo y genitourinario.
- Cambios de temperatura “frío” y “caliente” transmisibles por medio del ambiente y los alimentos.

Enfermedades de origen sobrenatural:

Son aquellas que presentan las siguientes causas:

- Castigo divino, como consecuencia del pecado; sus efectos se manifiestan en las pestes o pandemias.
- posesión de malos espíritus o demonios.
- Maleficio de los brujos.
- Influencia maléfica de los astros.

Terapéutica Tradicional:

A la llegada de los españoles, la población indígena disfrutaba de sistemas de salud pública. El tratamiento consistía en la aplicación de medicamentos, teniendo una rica y diversa terapéutica: sangrías, baños y una infinita variedad de medicamentos que constituyen una de las más abundantes materias médicas.

El conocimiento de las plantas medicinales entre los indios era perfecto. La "Medicina del herbolario", es decir la ciencia y arte de las plantas medicinales, es una forma de medicina alternativa que se ha practicado desde hace siglos. En general, se emplean las semillas, los frutos florales, las hojas, los troncos y las cortezas de las plantas, sino también animales y minerales. Entre los animales se citan lagartijas, mapaches y carne de culebra; entre los minerales se destaca el uso de azufre, cal, sal y yeso. (7,15)

III LOS MAYAS:

Meso América fue cuna de una de las civilizaciones más impresionantes que ha existido en la historia de la humanidad. El origen de los mayas continúa siendo un misterio y aún se desconoce su procedencia, pero para el año 200 a. C. ocupaban lo que actualmente son los estados mexicanos de Tabasco, Chiapas, Quintana Roo y Yucatán; Guatemala, Belice y el occidente de Honduras.

Los elementos culturales más representativos de los mayas fueron: Ciudades importantes en las que habitaban la clase gobernante y las capas sociales más importantes. Un alto desarrollo científico en el que sobresale la matemática vigesimal que implica el uso del cero, y un sofisticado desarrollo del calendario. Fueron los únicos que desarrollaron un sistema de escritura jeroglífica original y muy avanzada, por lo que se les considera el pueblo más civilizado del Nuevo Mundo en los tiempos precolombinos. Expresiones artísticas apreciadas en esculturas, cerámica y pintura.

Los antiguos mayas eran fundamentalmente agricultores, por lo que las condiciones climáticas revestían una gran importancia, y su religión era un culto a la naturaleza y los cuerpos celestiales. Hacia el año 800 d. C., por razones aún desconocidas, la civilización maya comenzó su ciclo declinante. Los centros ceremoniales fueron abandonados y el pueblo maya se desplazó hacia el norte de Yucatán. Esto puso en contacto directo a los mayas con los pueblos indígenas mexicanos. (7,15)

Antecedentes de algunos grupos étnicos en Guatemala:

Varios pueblos tenían establecido su señorío sobre las zonas más importantes del altiplano de Guatemala, a la llegada de los españoles. Los manuscritos indígenas señalan la ascendencia tolteca de la minoría oligárquica, teocrático-militar, que tenía a su cargo la dirección política de estos pueblos indígenas. De la gran invasión tolteca, tres grupos fueron los que lograron concretizar sus conquistas en señoríos: los primeros fueron los Quichés, luego los Cakchiqueles y los Tzutuhiles.

Un rasgo muy particular en Guatemala es su carácter multiétnico, multilingüe y pluricultural.

Los diversos grupos étnicos en la actualidad habitan en casi todas las regiones el país, estando en su mayoría concretados en el altiplano de Guatemala, existiendo 23 grupos étnicos incluyendo a los ladinos. (1,10,11)

Grupo Étnico Quiché.

Es Un grupo étnico amerindio de la familia lingüística maya, que actualmente vive en las montañas de Guatemala occidental. Sus dominios incluían la región de las Verapaces y se extendieron al sur del departamento del Quiché, Totonicapán, Quetzaltenango, norte de Retalhuleu y Suchitepéquez; tal expansión se realizó a expensas de los grupos políticos rivales: Cakchiqueles, Tzutuhiles, Mames, Pokomames, Ixiles y Pipiles.

Restos del imperio tolteca fueron las tribus que tomaron aquí el nombre de “Quichés”, se apoderaron de la mayor parte del país y sometieron a las comunidades locales. Se asentaron en el monte Hacavitz (probablemente Nebaj), y edificaron la ciudad de Gumarcaj o Umatlán (hoy Santa cruz de Quiché) que se constituyó en la capital del reino. Uno de los sitios que poblaron fue Chi-quix-ché, o Quix-ché, del cuál se originó el de Quiché, palabra que se compone de las voces qui, muchos, y ché, árboles; o de Queché-Quechelau que significa bosque.

Los Quichés eran una sociedad agraria en la que el poder derivaba directamente de la capacidad para controlar la tierra y su producción.

Era un pueblo aguerrido y numeroso. Sus logros lo convirtieron en el objetivo primordial de las hordas conquistadoras en la América Central. Hoy en día la población quiché, con 1,842,115 habitantes, es el mayor grupo indígena de Guatemala. Su medio de vida procede de la agricultura, los tejidos y la alfarería. (10)

Grupo Étnico Cakchiquel:

Forman parte del grupo resultante de la mixtificación ocurrida entre toltecas y mayas. Pertenecen al grupo lingüístico quiché, ya que existió una alianza militar-cultural; sin embargo esta se disolvió debido a diferencias entre ellos. De allí que formaron su propia nación, se establecieron en los departamentos de Sololá, Chimaltenango y Sacatepéquez, y fundaron su capital Iximché, localizada en Tecpán. Los Cakchiqueles fueron parte importante en la conquista, ya que ayudaron a los españoles en el sometimiento de quichés y tzutuhiles. Su documento histórico más conocido es el llamado "Memorial de Sololá, Anales de los Cakchiqueles", una genealogía de sus héroes.

Actualmente, la población cakchiquel está conformada por 1,002,790 habitantes; su economía se basa en el minifundio y en la migración estacional como mano de obra, debido a que menos del 30% de su territorio les pertenece. Crearon organizaciones adheridas al conglomerado maya, como el Centro Maya Saqb'e, y también algunas específicas de su etnia. (1,10)

Grupo Étnico Mam:

Algunos autores consideran que el pueblo mam representa la ocupación mayense de las tierras altas de Guatemala, y que son ellos probablemente los habitantes del Xibalbá que mencionan los Quichés en el Popol Vuh. El señorío mam se extendía sobre el territorio de Soconusco y Chiapas, la costa del pacífico, en San Marcos y Retalhuleu, y más al norte, en las montañas y valles Huehuetenango y parte de Quetzaltenango. Su capital, principal centro ceremonial y último

reducto de los mames fue Zaculeu, situada a cinco kilómetros al oeste de la actual capital de Huehuetenango.

Los quichés, atraídos por la riqueza y extensión del territorio mam, decidieron atacarlos y apoderarse de territorios que tradicionalmente habían pertenecido a los mames (pues estaban establecidos originalmente en la ciudad de Utatlán). La conquista del señorío Mam constituye una de las pruebas de heroísmo en Guatemala, pues su fortaleza principal se rindió, sólo después de un prolongado sitio impuesto por los españoles, en el cual murió la casi totalidad de los defensores.

Hoy ascienden a 1,094,926 personas, la mayoría en Guatemala. Su economía se basa en el minifundio y en la migración estacional de mano de obra. Además se han agrupado en varias organizaciones del conjunto maya y en alguna específica de su etnia, como la Coordinación Mam de Desarrollo Integral. El dialecto mam representa la máxima desviación glotocronológica (estudio de los cambios lingüísticos y grado de parentesco entre las lenguas) de la lengua maya; le separan 1500 años de la lengua quiché y, dentro de él, hay dialectos separados por 400 años.

Grupo Étnico Garífuna:

Constituye un pueblo de ascendencia africana, pero de comportamiento amerindio. Los Garífunas que habitan a lo largo de la costa de Belice, Guatemala y Honduras, inician su historia desde la isla de San Vicente, en las indias occidentales.

En 1635, dos barcos españoles que llevaban esclavos de Nigeria se hundieron en la costa de la isla. Algunos esclavos lograron nadar a la orilla y sobrevivieron. Estos refugiados pronto se casaron con los nativos de la isla, descendientes de los indios Arawak y Kalipuna (indios "caribes rojos"). Su descendencia se llegó a conocer como Caribes Negros que aunque de fuerte apariencia africana hablaban la lengua Arawak. Hacia 1750 dominaban la isla de San Vicente, de donde fueron expulsados por los ingleses tras una guerra de 32 años. Se les persiguió y en 1797, los caribes negros que sobrevivieron (menos de 2000) fueron deportados a la isla de Roatán, en Honduras. Los primeros garífunas llegaron al territorio Guatemalteco, procedentes de Honduras. Arribaron a la bahía de Amatique, en la costa atlántica,, en 1802. Llegaron en una goleta de 500 toneladas de capacidad, capitaneada por Marcos Sánchez Díaz. El capitán iba acompañado por familiares y amigos, quienes construyeron casas de madera de yogua y mangle a la orilla de la playa. Se dedicaron a la pesca y la agricultura. Por falta de víveres, Marcos Sánchez dispuso el traslado de la comunidad a San Felipe, conocido antiguamente como Jocoló, donde el grupo permaneció algunos meses. Luego se trasladaron a Punta Gorda (Belice) y posteriormente, en 1806, regresó con sus seguidores a radicarse en el actual Livingston. Ahí fundó el primer poblado garífuna con el nombre de La Buga. (10)

En el transcurso de los años los caribes negros, que prefieren ser llamados Garífunas o Garinagu, se las han arreglado para preservar aspectos tradicionales de su cultura africana y amerindia. Practican la agricultura propia de la selva tropical lluviosa, con la yuca como cultivo principal, y también son pescadores; además dedican especial atención a la danza y la música tradicional.

Dada su historia social, los garífunas son un grupo étnico de fenotipo africano que habla un idioma amerindio. La estructura lingüística de su idioma es 45% arawak, 25% caribe, 15% francés, 10% inglés y 5% español.

Hay unos 300,000 garífunas en Honduras, 15,000 en Belice, 6,550 en Guatemala y 3,000 en Nicaragua. Sus organizaciones están plenamente aceptadas e integradas en los movimientos indígenas centroamericanos. El día de la fundación garífuna es la mayor celebración del año y se celebra el 19 de noviembre. (2)

Cultura Ladina:

En nuestro país, durante la época colonial, se utilizó el término ladino para referirse al mestizo, hijo de españoles e indígenas. Los primeros mestizos fueron, en muchos casos, fruto de violaciones de mujeres mayas por parte de los soldados españoles.

La sociedad colonial guatemalteca se fue dividiendo en clases y capas sociales compuesta por: peninsulares o españoles, criollos, mestizos, mayas y negros.

Excluido de la élite social colonial, que cultivaba y trataba de reproducir la cultura occidental greco-latina y judío-cristiana, y por el sector indígena que resistía culturalmente, el ladino asimiló de ambas vertientes culturales lo que su peculiar situación económico-social le puso al alcance.

A partir de entonces, su identidad cultural comenzó a formarse con ciertas contradicciones, pues no respondía exactamente a ninguna de las culturas existentes. Así, su identidad surgió marcada por la exclusión, por la negación: no era maya, pero tampoco criollo ni español. Era un grupo nuevo, sin la validez que le otorga a una cultura y a un grupo social, el soporte de un paso histórico.

Con el transcurrir del tiempo, el sector ladino se multiplicó y se diversificó. Ya no incluía sólo al mestizo original, sino al hijo de mestizos entre sí y de éstos con personas de diversa procedencia. Su principal asentamiento fue alrededor de las ciudades, donde se establecieron como artesanos. Luego empezaron a desplazarse hacia el oriente del país, donde había poca población indígena. Allí se multiplicaron junto con algunos criollos y españoles que no pertenecían a la élite dominante. En esa región se dedicaron en especial a la ganadería y la agricultura. Por otra parte, algunos grupos ladinos se desplazaron hacia las cabeceras departamentales y municipales de regiones indígenas. Allí fueron constituyendo núcleos de poder local a partir del comercio. El hecho de dominar el idioma oficial y tener vínculos fuera de la región, los colocó en una posición de ventaja respecto de la población indígena. (10)

IV DESCRIPCIÓN DE LESIONES ULCERATIVAS:

AFTAS ORALES RECURRENTE:

Son ulceraciones dolorosas que aparecen en la mucosa bucal, pueden ser solitarias o múltiples. Se le conoce con los nombres de estomatitis aftosa recurrente, úlceras aftosas, aftas, úlceras

gangrenosas, aftas orales recurrentes o simplemente aftas recurrentes.(3,5,13)

Etiología:

Esta no ha sido establecida. Inicialmente se consideraba de origen viral debido a que presenta varios factores predisponentes similares a los que desencadenan herpes simple, también se ha considerado algún agente específico químico, físico o microbiano. Entre estos factores que podrían ser la causa de las aftas están: alergias, trastornos hormonales, traumatismos, deficiencias nutricionales, insuficiencia hepática y otras.(9,3)

La hipótesis más aceptada es la que considera a la lesión como un fenómeno de auto inmunidad, principalmente por un estímulo antigénico del estreptococo beta hemolítico.

Características Clínicas:

Se presenta con mayor frecuencia en personas de nivel socioeconómico medio y alto, en época de mayor demanda de esfuerzo mental o tensión emocional. Se observa en mujeres de personalidad neurótica o en relación cronológica con el ciclo menstrual. Se ha mencionado ausencia total de aftas durante el embarazo; las mujeres son más afectadas que los hombres, principalmente alrededor de los 20 años, algunos autores comunican que en los hombres no hay presencia de ellas después de los 40 años; se han comunicado también casos en todas las edades y aún en niños.

Manifestaciones Bucales:

Inicialmente existe un período prodrómico con sensación de ardor o quemadura en el área donde aparecerá la lesión, luego la mucosa se vuelve eritematosa, se produce necrosis y ulceración como se mencionó anteriormente. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, de forma redonda u oval y miden entre 2 y 10 milímetros; tienen un halo eritematoso en su periferia, y están cubiertas por un exudado fibrinoso grisáceo. Son dolorosas y causan malestar o incomodidad, dificultando la ingestión de alimentos. Duran de 10 a 14 días y desaparecen sin dejar cicatriz. Se presentan en cualquier región de la cavidad oral, con excepción donde la mucosa está firmemente adherida a periostio. Pueden ocurrir en forma esporádica, con intervalos de varios meses o con secuencia cronológica definida.

Se clasifican en tres variedades clínicas:

1. *Afta recurrente menor*, es la forma más común de la enfermedad. Se encuentra una úlcera dolorosa, de forma oval, de un diámetro menor a 0.5 cm, cubierta por una membrana fibrinosa amarilla y rodeada por un halo eritematoso; suele ser única pero en ocasiones puede ser múltiple. Cuando afecta las superficies ventral o lateral de la lengua, el dolor no guarda proporción con el tamaño de la lesión; la úlcera aftosa menor persiste por siete a 10 días y sana sin formación de cicatrices, la recurrencia varía de un individuo a otro y se pueden presentar periodos de semanas o años sin la enfermedad.
2. *Afta recurrente mayor*, se le considera como la expresión más grave de la estomatitis aftosa. Las lesiones son más grandes, mayor de 0.5 cm., más dolorosas y persisten por más tiempo que las aftas

menores. Debido a la profundidad de la inflamación, las úlceras aftosas mayores aparecen con una forma clínica de cráter y cicatrizan con escara. Pueden transcurrir hasta seis semanas para que esto suceda y tan pronto como desaparece una úlcera ,empieza otra . Los pacientes que sufren la enfermedad sin remisiones, con dolor intenso y molestias importantes pueden presentar afección sistémica por la dificultad para comer y el estrés psicológico. Tanto la enfermedad menor como la mayor presenta predilección por la mucosa bucal móvil.

3. *Úlceras aftosas herpetiformes.* Esta forma de la enfermedad se presenta como un brote recurrente de úlceras pequeñas que afectan, por lo común, la mucosa móvil pero pueden dañar el paladar y la mucosa gingival . Causa mucho dolor y sana en una o dos semanas. Se diferencia de las úlceras herpéticas porque las lesiones no son precedidas por vesículas y no se demuestran células infectadas con el virus, ni es posible relacionarla con una infección viral. (3,5, 9)

Características Histológicas:

Presentan una membrana fibrinopurulenta que cubre el área ulcerada. Hay infiltración de células inflamatorias dentro del tejido conectivo por debajo de la úlcera. Cerca de la base de la lesión hay tejido de granulación.

Pronóstico y Tratamiento:

Como la enfermedad se relaciona con alteraciones inmunitarias, los tratamientos incluyen medicamentos que regulan las reacciones

inmunitarias. En esta categoría, los corticosteroides son los que en la actualidad ofrecen mayores posibilidades y pueden administrarse por vía parenteral en pacientes graves, aunque en aquellos con enfermedad leve o moderada sólo se justifica la aplicación tópica. Es posible utilizar la inyección intra lesión de triancinolona para lesiones problemáticas individuales. También se recomienda una dosis baja o moderada de prednisona por periodos cortos cuando se quiere lograr un control inmediato de la estomatitis aftosa grave; el régimen típico es 20 a 40 mg por día durante una semana, para continuar otros siete días con la mitad de la dosis inicial. Debido a que las glándulas suprarrenales secretan por la mañana la mayor parte de la hormona, que equivale a 5 a 7 mg, debe administrarse la prednisona en una sola toma por la mañana, para estimular el proceso fisiológico y disminuir la interferencia con el eje hipofisiario-suprarrenal y, por lo tanto, los efectos colaterales.

Los esteroides tópicos si se utilizan con buen juicio, pueden ser eficaces y seguros en el tratamiento de la enfermedad leve a moderada. Aunque casi todos los compuestos de esteroides tópicos se crearon para emplearse en la piel, en la práctica también se indican en las membranas mucosas.

Los antibióticos (tetraciclina en suspensión oral) se utilizan en el tratamiento de úlceras aftosas con buenos resultados; la vía de administración es tópica y en casi todos los casos en relación con la infección bacteriana secundaria de las úlceras. Muchos clínicos observan que la combinación de la tetraciclina en suspensión oral, nistatina en suspensión oral y de clorhidrato de difenhidramina (Benadryl) tiene mayor eficacia que cualquiera de estos fármacos por separado. En este caso, es posible que la nistatina elimine una infección

secundaria por *Cándida albicans* y que el clorhidrato de difenhidramina proporcione un efecto sedante.

La introducción reciente de un enjuague bucal que contiene gluconato de clorhexidina al 0.12% (Peridex) tuvo éxito aunque su uso es empírico.

En resumen, el tratamiento de las úlceras aftosas es empírico por el momento, y no hay un fármaco o método único que presente eficacia uniforme. Los tratamientos que se utilizan en la actualidad consideran la administración de esteroides o bien, soluciones de tetraciclina y nistatina y aunque es difícil obtener una cura permanente, puede alcanzarse un control importante de la enfermedad con alguno de los fármacos que aquí se analizaron. (3, 9,12)

ULCERA TRAUMÁTICA:

Es la más común de las úlceras de la mucosa bucal.

Etiología:

Puede ser mecánica, química, térmica o iatrogénica.

Características Clínicas:

Las formas más frecuentes de úlceras traumáticas agudas son las causadas por cepillado incorrecto, principalmente cepillos de cerdas duras y cortantes, por técnicas defectuosas, introducción accidental de objetos cortantes o alimentos duros o agudos en la boca. También pueden ocurrir mordeduras accidentales durante la masticación.

La forma crónica de úlcera traumática suele estar asociada con traumatismos menos severos y de larga duración tales como los causados por los bordes afilados de lesiones de caries, piezas dentales fracturadas o bien, hábitos nocivos como morderse los carrillos, labios o la lengua y aún lesiones producidas por las uñas en las encías. También se producen por prótesis mal adaptadas.

Manifestaciones Bucales:

La úlcera traumática aguda puede ocurrir en cualquier región de la mucosa oral.

Aunque las lesiones de la mucosa bucal cicatrizan con rapidez algunas úlceras persisten largo tiempo sin curar si no es eliminado el agente causal. El paciente con úlcera traumática puede quejarse de hipersensibilidad o dolor en el área de la lesión. Estas pueden variar en tamaño y forma, los bordes son poco elevados y rojizos, la base es una superficie necrótica amarillenta, la cual puede ser removida fácilmente. Las úlceras en el borde del bermellón son diferentes a las lesiones de la mucosa, usualmente tienen una costra en la superficie por la ausencia de la saliva. En algunos casos la úlcera puede conformar completamente las cúspides de los dientes, o el borde de la prótesis.

Las lesiones crónicas presentan comúnmente síntomas leves y tienden a persistir largo tiempo. Aquí se presentan pacientes con lesiones auto infringidas, en estos pacientes a menudo bajo el efecto de una situación psicológica conflictiva, se produce inconscientemente traumatismos en los tejidos blandos de la boca. Los traumatismos

mecánicos de carácter crónico pueden producir otros tipos de lesiones como hiperplasias de tejido conjuntivo, hiperqueratosis y otras.

Características Histológicas:

Hay pérdida de la continuidad del epitelio superficial con exudado fibrinoso purulento que cubre el tejido expuesto. El epitelio que rodea la úlcera tiene actividad proliferativa, hay infiltración de leucocitos polimorfo nucleares, en particular subyacente a la zona de ulceración, en lesiones crónicas los neutrófilos son reemplazados por linfocitos y plasmocitos. También se observa dilatación y proliferación capilar, la actividad fibroblástica es intensa y puede haber cantidad moderada de macrófagos, dando apariencia de tejido de granulación.

Tratamiento y Pronóstico:

Las úlceras traumáticas pueden ser dolorosas o asintomáticas, su resolución lleva de 3 a 10 días. Ocasionalmente una lesión persiste por algunas semanas, porque el agente traumático no es eliminado y pocas veces por el desarrollo de una infección secundaria. No requiere ningún tratamiento solamente eliminar el agente causal. Ocasionalmente si el dolor y el malestar son demasiado molestos pueden intentarse medidas sintomáticas o paliativas. (3, 5, 8)

IMPÉTIGO:

El impétigo es una infección bacteriana purulenta aguda de la piel que afecta de manera predominante a los niños; es contagiosa y

aparece al principio como una erupción vesicular a la que siguen lesiones con costras.

Etiología:

Esta infección superficial de la piel se debe a estreptococos grupo "A" y a menudo al *Staphylococcus aureus* o mezcla de los dos. Los factores predisponentes incluyen higiene deficiente, condiciones de vida en hacinamiento y lesiones traumáticas por negligencia.

Características Clínicas:

Esta infección, frecuente en niños y adolescentes, es muy contagiosa y se disemina con rapidez dentro del hogar, escuela o institución. La lesión inicial se manifiesta como una vesícula pequeña a menudo en la cara que se extiende de manera peribucal y a lo largo de la base de la nariz. Al romperse las vesículas se forman costras y aparece pus; la auto inoculación produce la diseminación a otros sitios. Las áreas que afecta son pruríticas y casi siempre miden de 1 a 3 cm. Se nota cicatrización central al progresar las lesiones de manera centrífuga (patrón policíclico). En la región peribucal el impétigo puede confundirse con infecciones de herpes simple recurrente o secundario. Las molestias en relación con el herpes simple casi nunca se observan en el impétigo; el herpes tampoco presenta el patrón policíclico del impétigo y casi nunca produce pus.

Tratamiento:

Se requieren antibióticos para tratar a los pacientes con esta enfermedad; son necesarios antibióticos resistentes a la penicilinasa si

el estafilococo es uno de los agentes etiológicos. También tienen eficacia clínica las nuevas generaciones de antibióticos tópicos potentes como la mupirocina.

Las complicaciones que se asocian con el impétigo son poco frecuentes; sin embargo, se puede presentar glomerulonefritis con algunas cepas de estafilococo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, esa enfermedad desaparece con rapidez cuando se somete a tratamiento adecuado. (3, 5, 9)

GINVOESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA:

Es una infección de la cavidad bucal causada por el virus del herpes simple.

Características Clínicas:

La enfermedad se presenta por lo general en niños, aunque puede existir en adultos sin contacto previo con el virus o que no reaccionan a la infección. Su frecuencia es igual en hombres que en mujeres. En algunos casos la erupción vesicular aparece en piel, labios o mucosa bucal; en la boca pueden aparecer lesiones en cualquier superficie mucosa, a diferencia de la infección recurrente en la cual las lesiones se limitan al paladar duro y las encías. Las lesiones se acompañan de fiebre, artralgia, malestar general, cefalea y linfadenopatía cervical.

Después de una semana a 10 días, las lesiones curan sin dejar cicatriz; cuando esto ocurre, el virus ya pudo emigrar al ganglio trigémino y permanecer de modo latente; se desconoce el número de

pacientes con enfermedad primaria clínica o subclínica en quienes el virus adopta su forma latente en el tejido nervioso.

Durante la infección primaria, sólo un porcentaje mínimo de pacientes presenta signos y síntomas clínicos de infección sistémica. Casi todos experimentan la enfermedad de modo subclínico y se conocen como seropositivos.

El período de incubación de la enfermedad varía desde algunos días hasta dos semanas, después de lo cual se produce erupción vesicular ulcerada en el sitio de contacto original en los tejidos bucales y peri bucales. Se espera el foco de erupción en el sitio original de contacto.

Después que la gingivoestomatitis herpética primaria remite, el virus emigra, por mecanismos desconocidos, a lo largo de la vaina periaxónica del nervio trigémino hasta el ganglio de este par craneal donde permanece latente o de reposo, hasta que se reactiva por exposición al sol (fiebre ampulosa), al frío (ulceración por frío), traumatismo y estrés, produciendo una infección secundaria o recurrente. (3,9)

HERPES SIMPLE RECURRENTE:

Conocido también como herpes labial y herpes secundario.

Características Clínicas:

El herpes secundario representa la reactivación de un virus latente; La fisiopatología de la recurrencia se relaciona con un deterioro del sistema inmunitario o con una alteración local en los mediadores de la inflamación que permiten la replicación viral.

Con frecuencia se presentan síntomas prodrómicos como hormigueo, ardor o dolor en el sitio en que aparecen las lesiones; en pocas horas aparecen múltiples vesículas de corta duración que se convierten en ulceraciones coalescentes que forman una lesión superficial semejante a un mapa, que sana sin dejar cicatriz en un período de una o dos semanas, y pocas veces se infecta de manera secundaria; el número de recurrencias es variable y cambia desde una vez por año hasta una por mes; sin embargo, la tasa de recurrencia parece declinar con la edad en cada caso particular. (3, 12)

Las lesiones secundarias típicas se producen sobre labios y la piel que los rodea; cuando las recurrencias se presentan dentro de la boca casi siempre existen lesiones en el paladar duro o en la encía.

El herpes secundario en el contexto de inmunosupresión produce dolor importante y molestia así como predisposición a infecciones bacterianas y micóticas secundarias. Las lesiones son atípicas en la medida que son crónicas y destructivas.

Tratamiento:

La consideración del tiempo es uno de los factores más importantes en la terapia de las infecciones por herpes simple, ya que para que

cualquier medicamento sea eficaz, la terapéutica debe comenzar lo más pronto posible; el momento ideal para iniciarla es antes de 48 horas posteriores al inicio de los síntomas. En el caso de utilizar medicamentos tópicos es importante que se considere el vehículo porque los quimioterapéuticos que poseen vehículos que facilitan la absorción resultan más eficaces. Los fármacos específicos para el virus herpes tienen éxito limitado; en la actualidad el aciclovir demostró ser el fármaco más eficaz en el tratamiento de las infecciones muco cutáneas, el ungüento de aciclovir al 5% cuando se aplica cinco veces al día al inicio de los síntomas reduce ligeramente la duración del herpes simple y aborta algunas lesiones; sin embargo, no previene la recurrencia y puede ser inútil en algunos pacientes.

Hoy en día la gingivostomatitis herpética primaria se atiende mejor con terapéutica de soporte; líquidos, reposo, lavado bucal y antipiréticos, y en las infecciones sistémicas más graves o en individuos inmunodeprimidos puede ser necesario el uso de aciclovir. (3, 9)

MONOGRAFÍA DE ZACAPA

Ubicación

El Departamento de Zacapa se encuentra situado en la región III o región Nor-Oriente, su cabecera departamental es Zacapa, limita al Norte con los departamentos de Alta Verapaz e Izabal; al Sur con los departamentos de Chiquimula y Jalapa; al Este con el departamento de Izabal y la República de Honduras; y al Oeste con el departamento de El Progreso. Se ubica en la latitud 14° 58' 21" y longitud 89° 31' 42", y cuenta con una extensión territorial de 2,690 kilómetros cuadrados.

Por su configuración geográfica que es bastante variada, sus alturas oscilan entre los 130 metros sobre el nivel del mar en Gualán y los 880 en el municipio de la Unión, su clima es cálido.

Cuenta con 10 municipios que son:

1. Zacapa
2. Cabañas
3. Estanzuela
4. Gualán
5. Huité
6. La Unión
7. Río Hondo
8. San Diego

9. Teculután

10. Usumatlán

Datos Históricos

Según Fuentes y Guzmán se origina del nahuatl Zacatl = Zacate o hierba, y apán = en el río, palabra que a su vez se compone de atl = agua, río, y apán = locativo que significa en. Zacapa significa sobre el río del zacate o de la hierba.

El departamento de Zacapa, fue creado por decreto número 31 del Ejecutivo, de fecha 10 de noviembre de 1871. El capitán don Francisco Antonio de Fuentes y Guzmán, anotó en su Recordación Florida que los poblados de lo que en la actualidad es la parte oeste del país quedaron pacificados por abril de 1530, todavía una década más tarde se consideraban alzados en su mayor parte. Además, en la obra publicada, las citas del cronista en torno a las Actas de Cabildo, no guardan relación entre sí, lo que ha dificultado la investigación al tratar de comprobar hechos acontecidos durante los decenios siguientes a la llegada de los españoles al país en 1524.

Conforme a documentos que existen en el Archivo General de Centroamérica del año 1535 se hace mención del poblado de Zacatlán o Cacitlán, que es la actual cabecera de Zacapa, mencionada también con ese nombre. Es posible que la evangelización que siguió a los encomendaderos, se haya iniciado por la cuarta década del siglo XVI. Es asimismo que el Corregimiento de Chiquimula se haya formado promediando el siglo XVI, no habiendo encontrado a la fecha

documentación al respecto, ya que los respectivos nombramientos para Corregidores se principiaron a expedir desde 1545. No se ha localizado a la fecha en el territorio que actualmente ocupa el departamento, haya sido incorporado al Corregimiento de Cazabastlán ni al de Chiquimula de la Sierra. Al cual correspondía por la época en que Juarros publicó su obra a principios del siglo XIX.

Durante el período hispánico se conoció la cabecera departamental como San Pedro Zacapa.

Costumbres y Tradiciones

En tiempos coloniales, esta región fue propiciada para la difusión de danzas de moros y cristianos, ya que su estructura social de origen peninsular así lo permitía. Sin embargo, por razones aún desconocidas, estas danzas fueron extinguiéndose y empezaron a reemplazarse por otras, también de origen europeo, relacionadas con las circunstancias climáticas.

Así tenemos que, en Zacapa, se practican mojigangas con recitados que refieren a las estaciones del invierno y del verano, según lo afirma Claudia Dary en sus estudios de literatura oral de dichas regiones. Las mojigangas se practican al estilo medieval europeo. Consisten en desfiles de disfraces, en cuyo recorrido se practican desafíos y recitados al estilo de las “bombas” de otros lugares de Centroamérica.

Zacapa es el departamento más rico en cuentos y leyendas populares, chistes, historias y anécdotas.

Entre los cuentos populares destacan los cuentos maravillosos de don Francisco de Orellana, de Gualán, sus personajes como castillos encantados, príncipes y "príncipas" (princesas), hacen su aparición a cada momento; así como también árboles mágicos, mares tormentosos, pájaros de siete colores y caballos voladores.

Idiomas

Como efecto de la presencia de los españoles en la región oriental de Guatemala, durante los siglos XVI al XVIII, uno de los idiomas de origen maya, remanentes y aún vigente es el Chortí. Este surgió, debido a que en dicho lugar se formó la vía de comunicación más directa del reino de Guatemala, con la corona española y las demás regiones del istmo. En Zacapa, aún existe cierto número de familias en el municipio de la Unión que se comunica en idioma Chortí.

Economía

Debido a su clima cálido y a la constitución de sus terrenos no es posible dedicarlos a toda clase de cultivos, pudiendo hacerse éstos en las partes regables conocidas como "vegas", ya que los cultivos de tierra fría se hacen en escala reducida. Por estas condiciones los habitantes se dedican en gran parte al comercio, así como a la cría de ganado.

Producción Agrícola

En lo que se refiere a la agricultura aunque no en la misma forma de otros departamentos vecinos, también cultiva maíz, frijol, yuca, café, banano, piña, caña de azúcar, melón, chile pimiento, sandía, algunas plantas textiles y principalmente tabáco.

Producción Industrial:

La industria minera no se ha explotado a plenitud en este departamento. Existen minerales de plata, cobre, hierro, un poco de oro, pero especialmente están los famosos mármoles y piedras calcáreas. El cromo se encuentra en cantidades apreciables, el cual era exportado antiguamente. El mármol que se extrae, tanto blanco como jaspeado, es de superior calidad. También existen fincas que se dedican a la industria maderera que en su mayor parte se encuentra en vías de explotación.

Centros Turísticos y Arqueológicos

Zacapa cuenta con los centros turísticos: Turicentro Valle Dorado, Balneario Pasabién, Balneario Barranco Colorado, Balneario Doña María y las Termas de Santa Marta.

Uno de los principales atractivos del departamento de Zacapa es el Museo de Paleontología, Arqueología y Geología, conocido actualmente como "Museo Karl Sapper", situado en el municipio de Estanduela.

Este museo se inició cuando el señor Alfonso González Davison, hace poco más de 20 años, notó que en Estanduela había fósiles y vestigios mayas. Algunos de estos fósiles estuvieron depositados en el Museo de Historia Natural de la ciudad de Guatemala, pero muchos de ellos eran sacados del país. Esto dio lugar a que el Prof. Jorge Ibarra, Director del Museo Nacional de Historia Natural, y el Lic. David Vela, Director del diario El Imparcial, escribieran varios artículos en el mencionado periódico, dando a conocer la importancia de la conservación técnica de estos restos en un museo apropiado.

Poco tiempo después el señor González Davison juntamente con el Director del INGUAT, señor Leonel Sisniega Otero, sugirieron la construcción del museo y para ello el INGUAT contrato los servicios de los paleontólogos Bryan Petterson y Roberto Moolfolk Saravia, quienes

no sólo recuperaron todas las piezas de fósiles posibles, sino construyeron el edificio del museo.

Entre los principales logros de estos paleontólogos fue haber encontrado la osamenta completa de un mastodonte; luego se encontró el esqueleto de un perezoso gigante que se encontraba en los límites de la capital con el municipio de Chinautla, el cual resultó ser el tercero en su clase en el mundo, así como otras piezas más que ya se encuentran en exhibición.

Vías de Comunicación

Entre las principales carreteras que atraviesan el departamento están la interoceánica CA-9, así como la CA-10, la ruta nacional 20. La vía férrea atraviesa su territorio, partiendo de su cabecera un ramal que conduce a la frontera con El Salvador.

Uso Actual de la Tierra

Al hablar de uso actual de la tierra, nos estamos refiriendo a la utilidad que en este departamento se le está dando a la misma, ya sea con fines de explotación por medio de cultivos, de pastoreo de ganado, de urbanización, conservación de suelos, bosques naturales, bosques implantados, etc. teniéndose de esta manera la oportunidad de poder determinar cual es la producción de este departamento y como se desarrolla su economía.

Guatemala es llamado el País de la Eterna Primavera porque en sus distintas zonas de vida y debido a los diferentes tipos de suelo y climas existentes, posee gran variedad de especies animales y vegetales, que le dan un colorido único. Explicándose en esta forma por que el uso actual que se le da a la tierra varíe para cada departamento, aunándose a esto, los diferentes tipos de cultivo que en el área rural esta utilizando

el agricultor, y el uso de la tecnología moderna que poco a poco va adquiriendo importancia para obtener mejores frutos.

En el departamento de Zacapa por su clima, tipos de suelo y la topografía del terreno, sus habitantes siembran maíz, frijol, yuca, café, banano, piña,, caña de azúcar, melón, tomate, chile pimiento, sandía y tabaco. Además por las cualidades con que cuenta el departamento, poseen algunos de sus habitantes la crianza de ganado vacuno. La existencia de bosques, ya sean estos naturales, de manejo integrado, mixtos, etc., compuestos de variadas especies arbóreas, arbustivas y/o rastreras dan al departamento un toque especial en su ecosistema y ambiente. Es de esta forma como usted lector se puede formar una idea de cómo en este departamento el uso de la tierra es aprovechado en ocasiones de manera intensiva y en otras de manera pasiva.

Capacidad Productiva de la Tierra

Es el aprovechamiento máximo que se le puede dar a un área determinada de terreno, después de conocer las cualidades y aptitudes del mismo, a través de la práctica, análisis, estudios, etc., permitiéndonos de esta forma obtener mejores ganancias en determinados períodos de tiempo, dependiendo del tipo de uso que se le desee dar.

OBJETIVO GENERAL

Establecer cuál es el conocimiento que las personas de ambos sexos, mayores de 18 años de las etnias Quiché, en el área rural del departamento del Quiché; Cakchiquel, en el área rural del municipio de Patzún, Chimaltenango; Mam, en el área rural del departamento de Huehuetenango; Garífuna, en el área rural del municipio de Livingston, Izabal y Ladino, en el área rural del departamento de Zacapa, tienen acerca de la etiología y el tratamiento de las lesiones ulcerativas orales y peri-orales comúnmente denominadas "fuego en la boca", en el año 2003.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Identificar a qué tipo de lesiones denominan “fuego en la boca”.**
- 2) Identificar las creencias con respecto a la etiología del “fuego en la boca”.**
- 3) Identificar el tratamiento que ponen en práctica para resolver estas lesiones.**

En personas mayores de 18 años, de ambos sexos, de las etnias Quiché, en el área rural del departamento del Quiché; Mam, en el área rural del departamento de Huehuetenango; Cakchiquel, en el área rural del municipio de Patzún, Chimaltenango; Garífuna, en el área rural del municipio de Livingston, Izabal y Ladino en el área rural del departamento de Zacapa.

HIPOTESIS

El conocimiento y tratamiento de lesiones ulcerativas bucales y peribucles conocidas como “fuego”, es empírico* en los grupos étnicos Quiché, Cakchiquel, Mam, Garífuna y Ladino, en la República de Guatemala.

***Adj. Que es un resultado inmediato de la experiencia, que solo se funda en la observación de los hechos, en la manera práctica. Diccionario General de la Lengua Española vox.**

VARIABLES

EDAD: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.

SEXO: diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.

GRUPO ETNICO: Conjunto de personas que reunidas bajo un mismo idioma y cultura, presentan creencias, actitudes y comportamientos comunes frente a las diversas situaciones de la vida.

CONOCIMIENTO: Ideas, pensamientos, costumbres que se tienen acerca del "fuego en la boca".

TRATAMIENTO: Recursos que utiliza un grupo de personas para la resolución de "el fuego", y que se ha transmitido por generaciones.

LESIONES ULCERATIVAS ORALES Y PERIORALES: Son aquellas alteraciones patológicas que se caracterizan por la pérdida de la continuidad del epitelio.

INDICADORES DE LAS VARIABLES

EDAD: Dato en años que refirió tener la persona entrevistada.

SEXO: Especie, conjunto de cosas que tienen caracteres comunes.

- **Masculino:**
Nombre que significa varón o animal macho, y el que no expresando sexo alguno se considera comprendido entre el mismo género, por su terminación, por etimología o por el uso.
- **Femenino:**
El del nombre que significa mujer o animal hembra, y el del que, atendiera las circunstancias anteriores, se considera comprendido en este otro género.

GRUPO ETNICO: El grupo al cual el o los entrevistados refieren pertenecer (auto denominación).

CONOCIMIENTO: Creencias y costumbres más comunes que las personas entrevistadas refieren, con respecto a las lesiones ulcerativas bucales y extrabucles.

TRATAMIENTO: Acciones más comunes que las personas entrevistadas refieren realizar, con respecto a las lesiones ulcerativas bucales y extrabucles.

LESIONES ULCERATIVAS ORALES Y PERIORALES: Entidades que el entrevistado refiera conocer o haber padecido.

METODOLOGÍA

POBLACIÓN:

Se obtuvieron datos demográficos sobre los grupos étnicos Quiché, en el departamento del Quiché; Mam en el departamento de Huehuetenango; Cakchiquel en el municipio de Patzún Chimaltenango; Garífuna en el municipio de Livingston Izabal y Ladino en el departamento de Zacapa, en el Instituto Nacional de Estadística (INE).(4)

Los investigadores se distribuyeron de la siguiente forma:

Etnia Quiché: Luis Gonzáles.

Etnia Mam: Henry M. Pérez.

Etnia Cakchiquel: Eniel O. Juárez.

Etnia Garífuna: Williams Oliva.

Etnia Ladina: Richard Godoy.

MUESTRA:

A partir de los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística se determinó el tamaño de la muestra, por medio de esta fórmula:

$$n = \frac{N(p)(q)}{(LE)^2 \left(N-1 + \frac{pq}{4} \right)}$$

En la cual: n = tamaño de la muestra.

N = población total.

p = probabilidad de que el fenómeno en estudio exista.

q = probabilidad de que el fenómeno en estudio no exista.

LE = margen de error.

Se seleccionó la muestra por medio de Muestreo Aleatorio Simple con reemplazo, para ello se utilizó un mapa actualizado del área en estudio, se numeró las viviendas y luego con un método aleatorio, se procedió a identificar las viviendas escogidas para el estudio de campo.(4)

Criterios de Inclusión:

- Personas mayores de 18 años de ambos sexos.
- Que pertenezcan a cada uno de los grupos étnicos en estudio.
- Residentes de las áreas rurales de los departamentos en que se realizó el procedimiento.

1. Se diseñó una guía para entrevista guiada sobre lesiones ulcerativas bucales y peribucales, que incluye imágenes de lesiones para la mejor comprensión por parte del entrevistado.

- Se realizaron sesiones para calibración de los examinadores.

2. Luego se realizaron visitas domiciliarias, a las viviendas escogidas para el trabajo de campo.

3. Se solicitó en forma verbal la colaboración de las personas para participar en este estudio (consentimiento informado).

4. Entrevistas a las personas, se contó con la participación de un intérprete específicamente en los grupos étnicos: Quiché, Cakchíquel, Mam y Garífuna.

- Se mostraron las fotografías de las lesiones en cuestión.

5. Los datos obtenidos se tabularon, y se organizaron en varios cuadros estadísticos de doble entrada, para describir comparativamente una o más variables.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se hace la presentación de los resultados en dos segmentos A y B; donde A representa los cuadros, de los datos obtenidos de una forma individual de cada una de las etnias investigadas y B representa los datos agrupados de las cinco etnias investigadas en este estudio.

CUADRO 1

Población ladina distribuida según edad y sexo, área rural, Zacapa, 2003.

n=100.

EDAD	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
18-20	3	3	12	12	15
21-25	2	2	13	13	15
26-30	5	5	10	10	15
31-35	4	4	8	8	12
36-40	3	3	6	6	9
41-45	5	5	5	5	10
46-50	4	4	3	3	7
51-55	4	4	4	4	8
56-60	2	2	2	2	4
61 ò más	2	2	3	3	5
TOTAL	34	34	66	66	100

Obsérvese que el mayor número de personas entrevistadas son de sexo femenino (más anuentes a participar en el estudio)

En cuánto a edad la población es en su mayoría son adultos jóvenes. Pues la mayor parte de las personas están en el rango de edad comprendido entre 16 a 30 años en ambos sexos.

CUADRO 2

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.

n=100.

Pregunta No. 1 ¿ Sabe usted que es el fuego en la boca?

¿SABE USTED QUE ES EL FUEGO EN LA BOCA?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Lesiones en boca	27	27	57	57	84
Calor Interno	3	3	2	2	5
No sé	1	1	4	4	5
Infección	2	2	1	1	3
Enfermedad de la sangre	0	0	2	2	2
Alimentos Calientes	1	1	0	0	1
TOTAL	34	34	66	66	100

Se puede observar que la mayoría de las personas tanto mujeres como hombres coinciden en que el “fuego”, son lesiones en boca tales como: “ulceras, bolitas, bombas, granos, llagas, ampollas, etc.”

Es importante señalar que también algunas personas creen que “ el calor interno” es claro precursor de “fuego” en la boca.

CUADRO 3

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.

n=100.

Pregunta No. 2 ¿De los fuegos que le vamos a mostrar* cuál le ha salido a usted?

¿ DE LOS “FUEGOS” QUE LE VAMOS A MOSTRAR CUAL LE HA SALIDO A USTED?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Herpes Labial	16	15.53	35	33.98	51
Afta Oral Menor	8	7.76	15	14.56	23
Afta Oral Recurrente	6	5.82	16	15.53	22
Úlcera Traumática	4	3.88	3	2.91	7
Gingivostomatitis Herpética	0	0	0	0	0
Impétigo	0	0	0	0	0
TOTAL	34	32	69	66.98	103

* A las personas entrevistadas se les mostraron fotografías de las lesiones descritas en el cuadro.

En relación a todas las lesiones mostradas a los entrevistados, la mitad identificó herpes labial, esto muestra que dicha lesión es común en la población Ladina entrevistada.

Es importante resaltar, que las aftas orales menor y recurrente presentan alta frecuencia

CUADRO 4

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.

n=100.

Pregunta No. 3 ¿Le ha salido a usted a alguno de su familia fuego en la boca?

¿LE HA SALIDO A USTED O ALGUNO DE SU FAMILIA FUEGO EN LA BOCA?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Si	34	34	66	66	100
No	0	0	0	0	0
TOTAL	34	34	66	66	100

Véase que la totalidad de las personas entrevistadas refieren haber padecido (ellos o algún familiar) “fuego” en la boca, lo que muestra que son comunes dichas lesiones en la población encuestada.

CUADRO 5

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.

n=100.

Pregunta No. 4 ¿Cuándo le sale fuego?

¿CUÁNDO LE SALE EL FUEGO?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Solo así	8	8	28	28	36
Después de lastimarse	8	8	12	12	20
Después de una fiebre	6	6	12	12	18
Después de asolearse	8	8	8	8	16
Cuándo está nervioso	3	3	3	3	6
Otros	1	1	3	3	4
TOTAL	34	34	66	66	100

Las personas entrevistadas refiere que el “fuego” en boca le aparece “solo así”, en primer orden de frecuencia, pero también se hace referencia a que el “fuego les aparece después de lastimarse, en segundo orden de frecuencia.

Lo que sugiere deducir que son lesiones de tipo afta oral (como se expone en el cuadro no.2).

CUADRO 6

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.

n=100.

Pregunta No. 5 ¿ Que ha sentido antes de que le salga el fuego?

¿QUÉ HA SENTIDO ANTES DE QUE LE SALGA EL FUEGO?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Nada	16	15.94	37	34.91	53
Picazón	13	12.26	23	21.70	36
Ardor	7	6.60	10	9.43	17
Otros	0	0	0	0	0
TOTAL	36	34.8	70	66.04	106

Obsérvese que en primer orden de frecuencia los entrevistados responden, "no haber sentido nada" antes de la aparición del "fuego". Lo cual indica que la lesión se trata de cualquier tipo de ulcera oral.

Nótese que gran parte de los entrevistados respondió, "haber sentido", "picazón" en segundo orden de frecuencia, "ardor" en tercer orden de frecuencia, antes de la aparición del "fuego", los cuales son síntomas prodrómicos del herpes labial, independientemente del sexo. (lesión referida en este estudio, ver cuadro No 3.

CUADRO 7

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.

n=100.

Pregunta No. 6 ¿Le han salido ampollas antes de que le aparezca el fuego?

¿LE HAN SALIDO AMPOLLAS ANTES DE QUE LE APAREZCA EL FUEGO?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
No	16	16	40	40	56
Si	18	18	26	26	44
TOTAL	34	34	66	66	100

Véase que más de la mitad de los entrevistados refieren no haber tenido "ampollas" antes de la aparición del "fuego"

CUADRO 8

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.
n=100.

Pregunta No. 7 ¿Le salen costras alrededor de la boca a la vez que le sale fuego?

¿LE SALEN COSTRAS ALREDEDOR DE LA BOCA A LA VEZ QUE LE SALE FUEGO?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
No	22	22	39	39	61
Si	12	12	27	27	39
TOTAL	34	34	66	66	100

Nótese que la aparición de "costras", tiene un bajo índice de frecuencia en relación a los que indican que no le salen costras.

Por lo que se deduce, que las aftas orales, por ausencia de este signo es la lesión más común. Notándose una mayor cantidad de respuestas negativas.

CUADRO 9

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Zacapa.

n=100.

Pregunta No. 8 ¿Se le ha repetido el fuego?

¿SE LE HA REPETIDO EL FUEGO?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Si	33	33	55	55	88
No	1	1	11	11	12
TOTAL	34	34	66	66	100

Nótese que la mayor parte de los entrevistados han tenido recurrencia del “fuego”, lo cual es típico en el herpes labial y aftas orales recurrentes.

CUADRO 10

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.
n=100.

Pregunta No. 9 ¿Cuánto tiempo le dura el fuego?

¿CUÁNTO TIEMPO LE DURA EL FUEGO?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
0 – 7 días	19	19	45	45	64
8 – 14 días	13	13	19	19	32
15 – 21 días	2	2	2	2	4
22 – 30 días	0	0	0	0	0
31 o más días	0	0	0	0	0
TOTAL	34	34	66	66	100

La mayoría de los entrevistados refieren que la duración del “fuego” esta en un rango de tiempo de hasta 14 días de duración, dato que coincide con la duración de las aftas orales.

CUADRO 11

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.

n=100.

Pregunta No. 10 ¿Qué se pone o toma para curarse?

¿QUÉ SE PONE O TOMA PARA CURARSE?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Piñón	9	8.7	17	16.35	26
Nada	3	2.9	11	10.6	14
Bicarbonato	6	5.8	6	5.8	12
Limón y Sal	3	2.9	7	6.8	10
Azúcar de Leche	2	1.9	6	5.8	8
Pomada	1	0.9	6	5.8	7
Violeta	3	2.9	3	2.9	6
Aciclovir	2	1.9	4	3.9	6
Pasta Dental	0	0	4	3.9	4
Pepitoria	1	0.9	2	1.9	3
Listerine	3	2.9	0	0	3
Polvos de Jalapa	0	0	1	0.9	1
Azufre en polvo	1	0.9	0	0	1
Sal de Uvas	0	0	1	0.9	1
Refrescos	0	0	1	0.9	1
Apazote	1	0.9	0	0	1
TOTAL	35	32.69	69	66.45	104

Se encontró gran diversidad en respuestas, sin embargo usan la hoja de piñón, en primer orden de frecuencia.

Los entrevistados respondieron no aplicarse nada, en segundo orden de frecuencia esto coincide con que las lesiones citadas son de resolución auto limitante.

Por otra parte las personas que se aplican algún agente, están encaminados a buscar, alivio de los síntomas.

Es importante observar que en las mujeres hay respuestas mas variadas, probablemente porque en la mayoría de los casos, es la mujer quien se encarga de la salud de la familia.

CUADRO 12

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.

n=100.

Pregunta No. 11 ¿Quién le ha dicho que se coloque algún medicamento o ungüento?

¿QUIÉN LE HA DICHO QUE SE COLOQUE ALGUN MEDICAMENTO O UNGÜENTO?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Nadie	10	10	20	20	30
Padres	9	9	20	20	29
Otros familiares	5	5	6	6	11
Abuelos	2	2	9	9	11
Otras personas	5	5	3	3	8
Farmacéutico	2	2	3	3	5
Doctor	0	0	5	5	5
La Comadrona	1	1	0	0	1
TOTAL	34	34	66	66	100

Obsérvese que un número considerable de entrevistados refieren no haber consultado a nadie, acerca, de que colocarse en la lesión.

Por otra parte, en segundo, tercero y cuarto orden de frecuencia indica consultar, a los padres, otros familiares y abuelos respectivamente; esto sugiere que se trata de conocimiento y prácticas transmitidas por generaciones.

Algo que llama la atención es, que pocos entrevistados consultan al médico, para el tratamiento de dicha entidad, no importando el sexo.

CUADRO 13

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.

n=100.

Pregunta No. 12 ¿Qué le pasa cuando toma o se pone algo para curarse?

¿QUÉ LE PASA CUANDO TOMA O SE PONE ALGO PARA CURARSE?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Se resuelve	30	30	56	56	86
Queda igual	4	4	10	10	14
Se empeora	0	0	0	0	0
TOTAL	34	34	66	66	100

Obsérvese que la mayor parte de los entrevistados refiere que se resuelve el "fuego", después de aplicarse o ingerir algún agente.

CUADRO 14

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.

n=100.

Pregunta No. 13 ¿Cuándo le ha salido fuego en la boca le sale uno ó más?

¿CUÁNDO LE HA SALIDO FUEGO EN LA BOCA LE SALE UNO O MAS?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Mas de una	24	24	33	33	57
Uno	10	10	33	33	43
TOTAL	34	34	66	66	100

Es notorio qué más de la mitad de los entrevistados refieren haber sufrido de lesiones múltiples.

CUADRO 15

Población Ladina distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural, Zacapa.
n=100.

Pregunta No. 14 ¿Se le cura solo el fuego?

¿SE LE CURA SOLO EL FUEGO?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Si	29	29	59	59	88
No	5	5	7	7	12
No respondió	0	0	0	0	0
TOTAL	34	34	66	66	100

Obsérvese que la mayor parte de los entrevistados, respondieron que el "fuego" se resuelve con o sin la aplicación de un agente, esto sugiere, que la población comprende que las lesiones son auto limitantes.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE 5 GRUPOS ÉTNICOS

CUADRO 1

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino
distribuida según edad y sexo, áreas rurales. 2003

n=500.

Sexo Edad	MASCULINO					FEMENINO					TOTAL
	GRUPOS ETNICOS					GRUPOS ETNICOS					
	C	Q	M	G	L	C	Q	M	G	L	
18-20	10	5	19	10	3	2	9	13	8	12	91
21-25	11	5	9	13	2	8	8	10	9	13	88
26-30	14	9	3	9	5	8	16	5	16	10	95
31-35	5	8	2	4	4	9	8	12	11	8	71
36-40	8	6	1	4	3	3	3	2	7	6	43
41-45	9	7	2	4	5	3	6	10	1	5	52
46-50	2	0	6	0	4	3	1	2	3	3	24
51-55	0	2	2	0	4	1	2	1	1	4	17
56-60	0	1	0	0	2	0	1	1	0	2	7
61 ó más	3	2	0	0	2	1	1	0	0	3	12
Sub-Total	38	45	44	44	34	62	55	56	56	66	500
TOTAL	205					295					

Obsérvese que es mayor el número de personas entrevistadas del sexo femenino (más anuentes a participar en el estudio).

En cuanto a edad, independientemente de la etnia, estuvo integrada en gran parte, por adultos jóvenes, que oscilan entre las edades de 16 a 35 años.

CUADRO 2

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 1 ¿Sabe usted que es el fuego en la boca?

¿SABE USTED QUE ES EL FUEGO EN LA BOCA	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
Calor Interno	45	44	44	35	5	173
Lesiones en boca	19	25	38	0	84	166
No Respondió	18	23	5	12	5	63
Infección	8	6	13	19	3	49
Suciedad en la sangre	9	1	0	30	2	42
Mala Digestión	0	0	0	4	0	4
Reacción a medicamentos	1	1	0	0	0	2
Alimentos Calientes	0	0	0	0	1	1
TOTAL	100	100	100	100	100	500

*Lesiones en boca: "ampollas, bolitas, granos, llagas y chibolas".

La mayor parte de entrevistados consideran que el "fuego en la boca" es una manifestación del "calor interno" independientemente de la etnia.

A diferencia, en el grupo ladino la explicación más frecuente hacía referencia a "lesiones en boca".*

CUADRO 3

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 2 ¿De los fuegos que le vamos a mostrar * cuál le ha salido a usted?

De los fuegos que le vamos a mostrar ¿cuál le ha salido a ud?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
Herpes Labial	54	53	62	54	51	274
Úlcera Traumática	19	21	25	9	7	81
Afta Oral Recurrente	11	4	14	9	22	60
Afta Oral Menor	12	6	8	10	23	59
Impetigo	14	16	0	11	0	41
Gingivostomatitis	1	0	0	7	0	8
Total	111	100	109	100	103	523

*A las personas entrevistadas se les mostraron fotografías de las lesiones descritas en el cuadro.

El herpes labial, fue la lesión más identificada por la población entrevistada, independientemente de la etnia a que pertenezcan.

Llama la atención que, la gingivostomatitis, fue escasamente identificada, por las etnias en cuestión.

Llama la atención, que la etnia Ladina identificó a las aftas orales menor y recurrente, con mucha frecuencia.

CUADRO 4

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 3 ¿ Le ha salido a usted o alguno de su familia fuego en la boca ?

¿Le ha salido a ud. o alguno de su familia fuego en boca?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
SI	95	93	94	94	100	476
NO	5	7	6	6	0	24
TOTAL	100	100	100	100	100	500

Véase que la mayoría de las personas entrevistadas refieren haber padecido (ellos o algún familiar) “fuego” en la boca, lo que muestra que son comunes dichas lesiones en las poblaciones encuestadas; independientemente de las etnias a que pertenecen.

CUADRO 5

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 4 ¿cuándo le sale fuego?

¿Cuándo le sale fuego?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
Solo así	25	33	29	50	36	173
Después de una Fiebre	34	15	39	27	18	133
Después de asolearse	38	31	10	9	16	104
Después de lastimarse	25	10	15	6	20	76
Cuando está nervioso	20	28	7	6	6	67
Otros	4	10	0	2	4	20
TOTAL	146	127	100	100	100	573

Gran parte de la población entrevistada refiere que el “fuego en la boca” aparece de forma espontánea.

Es de resaltar que parte de los entrevistados, de las etnias Cakchiquel y Quiché, respondieron con mayor frecuencia, que el “fuego en la boca”, “aparece” después de “haber estado nervioso”.

CUADRO 6

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 5 ¿Qué ha sentido antes de que le salga el fuego?

¿Qué ha sentido antes de que le salga el fuego?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
Picazón	52	61	57	67	36	273
Ardor	27	43	38	22	17	147
Nada	26	1	4	7	53	91
Otros	4	2	1	4	0	11
TOTAL	109	107	100	100	106	522

Obsérvese que la mayoría de los entrevistados respondieron haber sentido “picazón” en primer orden de frecuencia y “ardor” en segundo orden de frecuencia, antes de la aparición del “fuego”. Dato que coincide con el pródromo del herpes labial (ver cuadro no. 3).

Es importante señalar que gran parte del grupo Ladino mencionó, no haber sentido síntoma alguno, antes de la aparición del “fuego en la boca”.

CUADRO 7

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 6 ¿ Le ha salido ampollas antes de que le aparezca el fuego?

¿Le han salido ampollas antes de que le aparezca el fuego?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
Si	57	68	57	70	44	296
No	43	32	43	30	56	204
TOTAL	100	100	100	100	100	500

Véase que la mayor parte de los entrevistados de las etnias Cakchiquel, Quiché, Mam y Garífuna refieren haber tenido “ampollas” antes de la aparición del “fuego” (lesión referida en este estudio, ver cuadro No. 3).

Sin embargo, la etnia Ladina mencionó, la ausencia de este signo en mayor cantidad con respecto a las etnias restantes.

CUADRO 8

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 7 ¿ Le salen costras alrededor de la boca a la vez que le sale fuego?.

¿Le salen costras alrededor de la boca a la vez que le sale fuego?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
No	55	34	85	60	61	295
Si	45	66	15	40	39	205
TOTAL	100	100	100	100	100	500

Obsérvese que la mayor parte de las personas de las etnias Cakchiquel, Mam, Garífuna y Ladino, refirió no haber padecido de “costras” alrededor de la boca a la vez que le sale “fuego”.

Dato que es contrario en la etnia Quiché, donde la mayor parte refirió haberlas padecido.

CUADRO 9

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 8 ¿ Se le ha repetido el fuego?

¿Se le ha repetido el fuego?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
Si	76	67	69	84	88	384
No	24	33	31	16	12	116
TOTAL	100	100	100	100	100	500

Nótese que la mayor parte de los entrevistados han mencionado recurrencia del “fuego” lo cual es típico en el herpes labial, independientemente de las etnias.

CUADRO 10

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 9 ¿ Cuánto tiempo le dura el fuego?

¿Cuánto tiempo le dura el fuego?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
0 - 7 días	66	36	75	45	64	286
8 - 14 días	18	43	17	37	32	147
15 - 21 días	9	19	5	9	4	46
22 - 30 días	2	2	3	5	0	12
30 ó más días	5	0	0	4	0	9
TOTAL	100	100	100	100	100	500

La mayoría de los entrevistados, independientemente de la etnia a que pertenecen, refieren que la duración del “fuego” esta en un rango de tiempo de hasta 14 días, dato que coincide con la duración del herpes labial, independientemente de la etnia.

CUADRO 11

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 10 ¿Qué se pone o toma para curarse?

¿Qué se pone o toma para curarse?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
Nada	22	26	21	18	14	101
Bicarbonato	0	0	28	12	12	52
Violeta genciana	15	8	9	6	6	44
Crema o Pomada	16	9	0	8	7	40
Bicarbonato con limón	0	29	0	0	0	29
Piñón	0	0	0	0	26	26
Azúcar de leche	0	0	9	8	8	25
Sávila	1	1	0	21	0	23
Limón y sal	0	0	0	10	10	20
Agua de Apazote	8	0	0	4	1	13
Hoja de melocotón	0	12	0	0	0	12
Agua con sal	7	0	0	4	0	11
Sal de uvas	1	1	3	5	1	11
Agua de manzanilla	7	0	0	3	0	10
Limón	1	1	6	2	0	10
Cebada	0	0	10	0	0	10
Aciclovir	1	1	0	0	6	8
Mentol	1	1	5	0	0	7
Purgante	6	0	0	0	0	6
Alka-seltzer	2	4	0	0	0	6
Pepita de ayote molida	1	1	0	0	3	5
Mora cocida	2	2	0	0	0	4
Refrescos	1	1	1	0	1	4
Tetraciclina	1	1	0	2	0	4
Miel de limón	0	0	4	0	0	4
Hielo	0	0	0	4	0	4
Pasta dental	0	0	0	0	4	4
Hoja siempre viva	3	0	0	0	0	3
Listerine	0	0	0	0	3	3
Vinagre	1	1	0	0	0	2
Miel	1	1	0	0	0	2
Pirelvex	1	1	0	0	0	2
Metafén	1	1	0	0	0	2
Agua de ciprés	0	2	0	0	0	2
Rosa de Jamaica	0	2	0	0	0	2
Leche de coco y azúcar	0	0	0	2	0	2
Sal	0	0	0	2	0	2
Zancilla	0	1	0	0	0	1
Agua	0	0	2	0	0	2
Medicina que baje la Temp..	0	0	2	0	0	2
Clotrimazol	0	0	0	1	0	1
Nistatina	0	0	0	1	0	1
Polvos de jalapa	0	0	0	0	1	1
Azufre en polvo	0	0	0	0	1	1
TOTAL	100	107	100	113	104	523

DISCUSIÓN DEL CUADRO 11

Se encontró gran diversidad de respuestas; sin embargo la que predominó fue no aplicarse nada.

Lo más utilizado por cada etnia fue: El grupo Mam refiere la aplicación de bicarbonato “para curarse”.

La etnia Cakchiquel menciona la aplicación de Violeta genciana y pomadas. Como también el grupo Quiché describe el uso de bicarbonato con limón para el tratamiento del “fuego”.

Los anteriores datos son importantes de mencionar, ya que estas etnias utilizan productos farmacéuticos para el alivio de los síntomas.

Por otra parte es de resaltar que las etnias Garífuna y Ladino, utilizan la sávila y el Piñón respectivamente, como agentes encaminados a buscar alivio a los síntomas de esta lesión.

Es importante señalar la utilización de plantas, de parte de esta etnia.

CUADRO 12

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 11 ¿ Quien le ha dicho que se coloque algún medicamento o ungüento?

¿Quién le ha dicho que se coloque algún medicamento o ungüento?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
Padres	27	46	38	31	29	171
Nadie	30	12	18	13	30	103
Abuelos	15	12	18	9	11	65
Otras personas	8	8	17	16	8	57
Otros familiares	2	2	0	26	11	41
Farmacéuticos	7	9	9	0	5	30
Doctor	3	3	0	0	5	11
Curanderos	5	5	0	0	0	10
Naturista	3	3	0	0	0	6
Comadróna	0	0	0	5	1	6
TOTAL	100	100	100	100	100	500

Nótese que un gran número de entrevistados refieren que los padres y abuelos, "les han dicho" que aplicarse para curar el "fuego". Esto sugiere, que se trata de conocimientos y prácticas transmitidas por generaciones, independientemente de la etnia.

Sin embargo un número considerable de entrevistados refieren no haber consultado a nadie, acerca de que colocarse en la lesión, independientemente de la etnia a que pertenecen. Algo que llama la atención, es que pocos entrevistados, consultan al médico, para el tratamiento de dichas entidades, sin importar la etnia a que pertenece.

CUADRO 13

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 12 ¿ Qué le pasa cuando toma o se pone algo para curarse?

¿Qué le pasa cuando toma o se pone algo para curarse?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
Se resuelve	73	66	73	86	86	384
Queda igual	25	32	27	13	14	111
Se empeora	2	2	0	1	0	5
TOTAL	100	100	100	100	100	500

Obsérvese que la mayor parte de los entrevistados refiere que se resuelve el "fuego" después de aplicarse algún agente, independientemente de la etnia a que pertenece.

CUADRO 14

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 13 ¿ Cuándo le ha salido fuego en la boca le sale uno o más?

Cuándo le ha salido fuego en la boca, ¿le sale 1 o más?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
Una	39	31	71	75	43	259
Más de una	61	69	29	25	57	241
TOTAL	100	100	100	100	100	500

Es notorio que la mayoría de los entrevistados, de las etnias Mam y Garífuna refieren haber sufrido de lesiones únicas.

Por otra parte, la gran cantidad de los entrevistados de las etnias Cakchiquel, Quiché y Ladino, refieren haber padecido lesiones múltiples.

CUADRO 15

Poblaciones Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladino distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural respectiva, 2003.

n=500

Pregunta No. 14 ¿Se le cura solo el fuego?

¿Se le cura sólo el fuego?	GRUPOS ÉTNICOS					TOTAL
	C	Q	M	G	L	
No	58	56	66	49	12	241
Si	40	42	34	37	88	241
No respondió	2	2	0	14	0	18
TOTAL	100	100	100	100	100	500

Obsérvese que gran cantidad de los entrevistados de las etnias Cakchiquel, Quiché, Mam y Garífuna refieren que “no se les cura sólo el fuego”.

Sin embargo gran cantidad de entrevistados del grupo Ladino expresó que, el fuego si se resuelve espontáneamente.

**DISCUSION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN EL SEGMENTO A
UNICAMENTE DE LA ETNIA LADINA**

- 1) El 100% de la población entrevistada, independientemente del sexo y edad, refirieron haber padecido –ellos o alguno de su familia- “fuego en la boca”.**
- 2) Los síntomas de “picazón y ardor” no fueron mencionados comúnmente antes y durante la aparición del “fuego”.**
- 3) La creencia popular de la aplicación de piñón y bicarbonato, parece ser muy común en la población encuestada, por otro lado un número considerable refieren no aplicarse ningún agente**

DISCUSION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN EL SEGMENTO B DE LOS CINCO GRUPO ÉTNICOS, CONTENIDOS EN ESTE ESTUDIO.

La población de las etnias Cakchiquel, Quiché, Mam, Garífuna y Ladina, que participó en el estudio, están integradas en su mayoría por personas de sexo femenino. En un rango de 16 a 35 años de edad.

Con respecto al conocimiento de qué es el “fuego “ la mayoría de entrevistados de las etnias Cakchiquel, Quiché, Mam y Garífuna, coinciden que es la exteriorización del “calor interno” después de haber padecido un estado febril o por exposición al sol, sin embargo en la etnia Ladina lo consideran como lesiones en boca.

Además mencionaron que, “el fuego en la boca” les aparece de forma espontánea y presenta alta recurrencia. En cuánto al tiempo de duración, refirieron un período de hasta 14 días.

Es importante señalar que la población entrevistada mencionó haber padecido “picazón y ardor”, antes de la aparición del “fuego”, además refieren el aparecimiento de “ampollas” y “costras”.

Los datos mencionados anteriormente nos conducen a inferir, que lo que identifican es Herpes Labial, sin embargo existen otras entidades que padecen y que también llaman “fuego en la boca”.

Es interesante observar la diversidad de agentes que refirieron los entrevistados, aplicarse o ingerir para la resolución del “fuego” que

Incluyen: plantas, agentes químicos y medicamentos, tales como; bicarbonato, violeta genciana, plantas y alguna crema o pomada (las personas entrevistadas refirieron aplicarse cremas o pomadas como; la campana, curaderma, sana sana y otras personas no especificaron que tipo de pomada o crema).

La gran mayoría refirió no aplicarse nada ya que “se quitan sola”, por lo que se infiere que tienen algún conocimiento que dichas lesiones son de carácter auto-limitante y las personas que se aplican algún agente, lo hacen con el fin de buscar alivio a los síntomas de las lesiones en cuestión.

Cabe resaltar que esta información es transmitida de generación en generación, por los padres y abuelos.

Las personas que refirieron aplicarse algún agente, tienen la creencia que la lesión se resuelve de forma espontánea.

CONCLUSIONES DE LA ETNIA LADINA

El 100% de la población entrevistada, independientemente del sexo y edad, refirieron haber padecido —ellos o alguno de su familia- “fuego en la boca”.

2. Los síntomas de “picazón y ardor” no fueron mencionados comúnmente antes y durante la aparición del “fuego”.
3. La creencia popular de la aplicación de piñón y bicarbonato, parece ser muy común en la población encuestada, por otro lado un número considerable refieren no aplicarse ningún agente curativo.
- i. Los padres y familiares son las personas más consultadas con respecto a que aplicarse en las lesiones; otro gran número refiere no consultar a nadie, y muy pocas personas consultan al médico.
- ii. La población Ladina entrevistada, tiene la creencia que al ingerir o aplicar algún agente en la lesiones ulcerativas denominadas por ellos como “fuego”, se resuelven o tienen un período de duración menor.

La mayor parte de las personas entrevistadas afirman haber padecido de lesiones ulcerativas múltiples, en la región oral y peri-oral, independientemente del sexo y edad.

CONCLUSIONES GENERALES

- 1. La edad de las personas parece no influir en las creencias y prácticas sobre la etiología y tratamiento del denominado “fuego en la boca”.**
- 2. La mayoría de personas de ambos sexos, explican al “fuego”, como la aparición de lesiones en boca, identificadas de la siguiente manera “ampollas, granos, llagas, bolas, etc.”**
- 3. El herpes labial es la lesión más señalada en la población entrevistada independientemente del sexo y edad.**
- 4. La recurrencia del “fuego” parece ser muy alta entre la población encuestada independientemente del sexo y edad.**
- 5. La resolución de las lesiones toma un periodo de hasta 14 días de duración, en la mayor parte de los entrevistados.**

RECOMENDACIONES

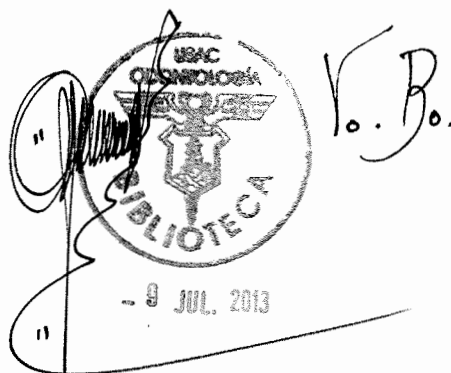
- 1. Realizar investigaciones antropológicas de este tipo en otros grupos étnicos, no incluidos en este estudio.**
- 2. Es importante que la Facultad de Odontología analice, la efectividad de la medicina tradicional, específicamente de las plantas medicinales, en el tratamiento de enfermedades de la cavidad oral.**
- 3. Hacer estudios similares, en otras etnias no incluidas en este estudio, para que brinde mayor información sobre las creencias y tratamientos que se le da a las lesiones ulcerativas orales y periorales, en la población guatemalteca.**

BIBLIOGRAFÍA

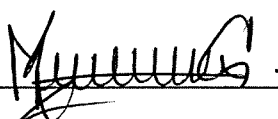
1. Alburez, A. M. (1984). **Prevalencia de aftas orales recurrentes y herpes labial recurrente en una muestra poblacional Guatemalteca**. Tesis (Licda. Cirujana Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, pp.16-21.
2. Alvarado Cano, A. (1998). **Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal, en una comunidad de etnia garífuna, en Livingston, Izabal**. Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, pp.7.
3. López, J. P. y Bermejo Fenoll, A. (1998). **Enfermedades que cursan con úlceras, vesículas y ampollas en la mucosa bucal**. En: Tratado de odontología, Bascones Martínez, A. Coautor. Madrid: Ediciones Avances Médico Dentales. V. III. Pp. 3007-3022.
4. Canales, F. H. de.; Alvarado, E. L. de y Pineda, E. B. (1994) **Metodología de la investigación**. EE. UU.: Organización Panamericana de la Salud. Pp. 93-95.
5. Cuenca Sala, E. et al. (1991). **Manual de odontología preventiva y comunitaria**. Barcelona: Masson. Pp. 110.
6. Fondo de Desarrollo Indígena, Unicef, URL. (2000). **Historia y memorias de las comunidades de Guatemala**. Guatemala: Nojib'sa. Pp. 45-64. (Colección Estudios Étnicos No. 11).
7. Hurtado Moreno. I. W. I. (2001). **Análisis Comparativo de las creencias, actitudes y prácticas tradicionales sobre salud bucal en distintos grupos étnicos de Guatemala**. Tesis (Licda. Cirujana Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. Pp. 9-19.



8. Neville, B. W., et al. (1995). **Oral & maxilofacial pathology**. Philadelphia: Saunders Company. Pp. 236-239.
9. Regezi, J. A. y Sciuba, J. (1995). **Patología bucal**. Trad. Claudia Cervera Pineda. 2 ed. México: Interamericana. Pp.4-10.
10. Roncal, F. y Guorón Ajquijay, P. (2002). **Culturas e idiomas de Guatemala**. 2 ed. Guatemala: Ministerio de Educación Pública. Pp.43-46.
11. Toc Ixcaragua, G. C. (1989). **Prevalencia de lesiones ulcerativas de la cavidad oral en la población urbana de Momostenango, municipio del departamento de Totonicapán**. Tesis (Licda. Cirujana Dentista). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. Pp. 97-101.
12. Shafer, W. G., et al. (1986). **Tratado de patología**. Trad. María de Lourdes Hernández Cázares. 4 ed. México: Nueva Editorial Interamericana. Pp.328-331.
13. Tyldesley, W. R. (1989). **Ilustraciones diagnósticas en medicina bucal: pruebas de auto evaluación**. Trad. Mercedes Miranda Fontes. Madrid: Interamericana McGraw Hill. Pp. 21, 26, 59, 63.
14. Valladares, L. (1992). **Cultura y salud: antropología aplicada a medicina**. Guatemala: Oscar de León Palacios. Pp. 27.
15. Villatoro, E. M. (1990). **La medicina tradicional en Guatemala**. Guatemala: Centro de Estudios Folklóricos, (CEFOL)., Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp. 12-30.



El Contenido de esta tesis es única y exclusiva responsabilidad del autor.

(f).  .
Richard Mynor Godoy de León

ANEXO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENTREVISTA

Edad. _____ Sexo. _____ Etnia. _____

- 1) ¿Sabe usted qué es el fuego en la boca?.
- 2) De Los fuegos que le vamos a mostrar, ¿cuál le ha salido a usted?.
- 3) ¿Le ha salido a usted o alguno de su familia alguna vez fuego en la boca?.
- 4) ¿Cuándo le sale fuego?.
 - i) Después de una fiebre.
 - ii) Después de lastimarse.
 - iii) Cuando ha estado muy nervioso.
 - iv) Después de asolearse.
 - v) Solo así.
 - vi) Otros.
- 5) ¿Qué ha sentido antes de que le salga?.
 - Picazón.
 - Ardor.

6) ¿Le han salido ampollas antes de que le aparezca el fuego?.

7) ¿Le salen costras alrededor de la boca a la vez que le sale el fuego?

8) ¿Se le ha repetido el fuego?.

9) ¿Cuánto tiempo le dura el fuego?

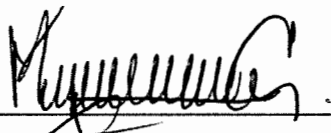
10) ¿Que se pone o toma para curarse?.

11) ¿Quién le a dicho que se coloque algún medicamento o ungüento?.

12) ¿Qué le pasa cuando toma o se pone algo para curarse?

13) ¿Cuándo le ha salido fuego en la boca, le salen uno o más?.

14) ¿Se le cura solo el fuego?.



RICHARD MYNOR GODOY DE LEON

Sustentante



Dra. MIRNA CLADERÓN

Cirujana Dentista

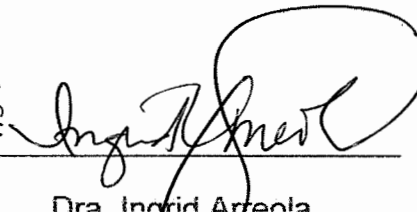
ASESOR



Dr. HENRY Cheesman

Cirujano Dentista

REVISOR COMISION DE TESIS



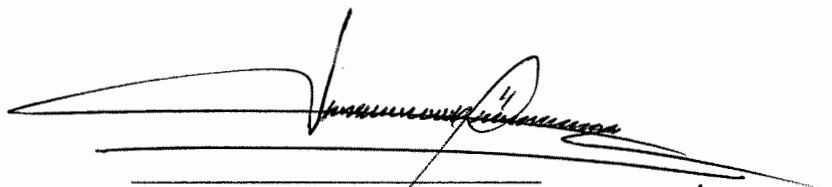
Dra. Ingrid Arreola

Cirujana Dentista

REVISOR COMISION DE TESIS

Imprimase

Vo.bo.



Dr. Julio Pineda

Cirujano Dentista

Secretario Académico

Facultad de Odontología

