

**DESCRIPCIÓN DE CONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO DE
LESIONES ULCERATIVAS ORALES Y PERI-ORALES
CONOCIDAS COMO "FUEGO", EN EL GRUPO ÉTNICO
GARIFUNA, EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS EN AMBOS
SEXOS, EN LA REPUBLICA DE GUATEMALA EN EL AÑO 2003.**



Tesis presentada por:

WILLIAMS YOVANY OLIVA DE LEÓN

**Ante el Tribunal examinador 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, septiembre de 2003

DL
09
T(1706)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

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

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dra. Mirna Calderón Márquez
Vocal Tercero:	Dr. Henry Cheesman Mazariegos
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS:** A quien agradezco la fortaleza para siempre continuar adelante.
- A mi Madre:** Blanca Lisdia de León Ordóñez, por ser tan especial y estar siempre a mi lado en los momentos difíciles.
- A mis Hijas:** Ailin: por enseñarme el valor de la vida
Yovana: por despertar en mi ese valor indomable para enfrentar las adversidades
Carol: Con tu ternura iluminas mi vida y por que son una luz de felicidad en mi camino.
- A mi Esposa:** Porque sin tu apoyo y cariño no hubiese sido posible alcanzar esta meta.
- A mis Hermanos:** Manuel por sus consejos, el cariño y los ejemplos.
Blanca Luz: por el cariño y admiración.
Oscar y Alberto: por su apoyo moral.
- A mi Abuelo:** Oscar De Leon Aguilar, quien quisiera que compartiera este momento conmigo.
- A mi Familia:** Porque se que este triunfo los llena de alegría y porque siempre creyeron en mi.
- A mis amigos y Compañeros** Por los momentos que compartimos, el tiempo cariño, comprensión y todas esas cosas que encierran las relaciones como estas, muy especialmente a Rogelio Piedrasanta, por su amistad y ayuda incondicional.

Y a todos aquellos que sin hacer mencion saben de mi cariño y gratitud.

TESIS QUE DEDICO

- A DIOS: Por estar siempre a mi lado y darme la sabiduría necesaria para completar mi carrera.
- A Guatemala: Con respeto y gratitud.
- A Universidad de San Carlos de Guatemala Por formar en mi un profesional.
- A La Facultad de Odontología Por crear una vida llena de satisfacciones para mi y permitirme servir a las personas.
- A mis Centros De Estudio Los valores, conocimientos y momentos que me brindaron, para hacer de mi una persona de bien.
- A mi Asesora: Doctora Mirna Calderón Márquez por su ayuda incondicional, mi admiración para ella.
- A mis Catedráticos: Especialmente Dr. Danilo López Pantoja, Dr. Gustavo Adolfo Leal, Dr. Mario Miralles, Dr. Denis Chew.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado "DESCRIPCIÓN DE CONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ULCERATIVAS ORALES Y PERI-ORALES CONOCIDAS COMO "FUEGO", EN EL GRUPO ÉTNICO, GARIFUNA, EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS EN AMBOS SEXOS, EN LA REPÚBLICA DE GUATEMALA EN EL AÑO 2003.", conforme lo demandan los Estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero agradecer a todas aquellas personas que colaboraron y apoyaron la realización de este trabajo de investigación, a ustedes distinguidos miembros del HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR, aceptad las muestras de mi más alta consideración y respeto.

INDICE

Pagina

1) SUMARIO.....	1
2) INTRODUCCIÓN.....	3
3) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
4) JUSTIFICACIÓN.....	5
5) REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
6) HIPÓTESIS.....	37
7) OBJETIVO GENERAL.....	38
8) OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	39
9) VARIABLES.....	40
10) METODOLOGÍA.....	42
11) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	46
12) ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	81
13) CONCLUSIONES.....	85
14) RECOMENDACIONES.....	87
15) BIBLIOGRAFÍA.....	88
16) ANEXOS.....	90

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 estructuradas e ilustraciones, utilizadas para identificación de las lesiones.

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

La Población Garífuna incluida corresponde en su mayoría a adultos jóvenes, cuya edad oscila entre 21 a 30 años.

El grupo Garífuna entrevistado atribuye el padecimiento de "fuego en la boca" a lo que identifican como "calor interno" (del cuerpo y se exteriorizan a través de estas lesiones).

Se encontró que el Herpes labial es la lesión más identificada por el grupo étnico garífuna, adjudicándolo a la exposición solar o haber padecido de un estado febril.

Los signos y síntomas referidos como "picazón, ampollas y costras" son comúnmente mencionados, así como, un lapso de duración comprendido en un período de hasta 14 días.

No aplicarse nada es muy común para la población entrevistada, pero también gran variedad de agentes es utilizada por la etnia Garífuna, siendo los más utilizados sávila y bicarbonato.

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

INTRODUCCIÓN

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 el grupo étnico Garífuna 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 y 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 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 Livingston, Izabal y Ladina; en el área rural del departamento de Zacapa, en el año 2003? ¿como 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 en Guatemala, podría 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-oral 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.

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.

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 del 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 la Verapaz 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 Uatatlán (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-che, del cual 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.

Eran 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. (1,10)

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 garínagu 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 eritema tosa, 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 eritema toso 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 eritema toso; 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

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.

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 sito 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 gingivoestomatitis 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

Municipio Livingston Izabal

El nombre de Livingston le fue dado el 12 de enero de 1837 por el presidente Mariano Gálvez, en honor al legislador norteamericano Eduardo Livingston, de quien el estado en esa época se proponía adoptar su ley penal.

El centro urbano de Livingston queda a 15° 19' 30" latitud norte y 88° 45' longitud oeste, consta de 1940 Km de extensión territorial, cuenta con 28 aldeas y 127 caseríos.

La cabecera sin categoría del pueblo, tiene los siguientes caseríos, Buena Vista, La Viña, Río Blanco, Santa Elena y Tampico.

Los habitantes de Livingston son conocidos como Morenos; se les designa étnicamente como caribes negros o caribes centroamericanos. En su propio lenguaje se conocen ellos como "gariganu" y su lengua como "garifuna", los caribes negros vienen de una mezcla de negros o africanos y caribes rojos.

La cabecera de Livingston tiene un servicio diario de dos lanchas con Puerto Barrios, que es el centro urbano importante mas cercano y dista a unos 24 Km. El viaje de lancha dura hora y media aproximadamente. El clima es tropical con un verano de época seca de tres meses; el promedio anual de humedad relativa es de 84%; los vientos son típicos de una costa tropical soplan suavemente de la costa hacia el mar por la

noche y el mar hacia la playa durante el día, el promedio de temperatura es de 32° C máxima y 28° C mínima.

Livingston cuenta con 4 centros educativos; una escuela preprimaria, dos primarias y un instituto industrial de educación básica que funciona por cooperativas. Además entre los principales servicios estatales con que cuenta la población está: Centro de Salud, Alcaldía Municipal, Oficina de Migración, Comandancia y Capitanía de Puerto, Jefatura de la Policía Nacional Civil, Aduana, Telgua, Correos, Telégrafos y el INDE.

Se produce principalmente: maíz, frijol, arroz, yuca, plátano, malanga, camote etc., también se producen cítricos, ganado vacuno, etc., pero el patrimonio principal de la población es la pesca.

La población se alimenta principalmente de pescado y mariscos así como también de yuca, plátano, maíz, coco, etc.

Las estadísticas según el INE es que cuenta con una población de 53,774 habitantes entre el casco urbano y las comunidades rurales.

La distribución por sexo es la siguiente: 50.2% mujeres y 49.8% hombres . Conformado por menores de un año: 746.

Los grupos étnicos que los componen son los siguientes: Q'eq'chi' 48%, Ladino 42%, Garifuna 8%, Culi 1%, y Zambo menos de 1%. Los indígenas hablan el Q'eq'chi' y Español. El Ladino Español. Los garifunas, el idioma garifuna y español, y los culíes hablan español e ingles criollo.

Para llegar a este municipio hay que tomar la carretera interoceánica o ruta al Atlántico, que termina en Puerto Barrios después en transporte colectivo vía acuática, atravesando la bahía de Amatique.

Livingston cuenta con calles asfaltadas, en un gran porcentaje, y el resto es adoquinado. El casco urbano cuenta con una pista rudimentaria de aterrizaje, pero no hay carreteras que conecten la cabecera municipal con sus aldeas.

HIPOTESIS

El conocimiento y tratamiento de lesiones ulcerativas bucales y peribucales 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 sólo se funda en la observación de los hechos, en la mera práctica.

Diccionario General de la Lengua Española Vox.

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 ESPECÍFICOS

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.

- 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.

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 ÉTNICO: 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 boca"

TRATAMIENTO recursos que utilizan un grupo de personas para la resolución de "El Fuego", y que se han transmitido por generaciones.

LESIONES ULCERATIVAS ORALES Y PERI-ORALES: 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: Apariencia física

GRUPO ÉTNICO: 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 extrabucales.

TRATAMIENTO. acciones más comunes que las personas entrevistadas refieran realizar, con respecto a las lesiones ulcerativas bucales y extrabucales.

LESIONES ULCERATIVAS: 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)

MUESTRA:

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

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

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, Cakchiquel, 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.

6. Se elaboraron conclusiones y recomendaciones basándonos en los resultados obtenidos.
7. Por último se procedió a realizar el informe final de la investigación.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

Población Garífuna distribuida según edad y sexo, área rural Livingston, Izabal, 2003.

n=100.

EDAD	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
18-20	10	10	8	8	18
21-25	13	13	9	9	22
26-30	9	9	16	16	25
31-35	4	4	11	11	15
36-40	4	4	7	7	11
41-45	4	4	1	1	5
46-50	0	0	3	3	3
51-55	0	0	1	1	1
56-60	0	0	0	0	0
61 ò más	0	0	0	0	0
TOTAL	44	44	56	56	100

Obsérvese que más de la mitad de personas entrevistadas son de sexo femenino (más anuentes a participar en el estudio).

En cuanto a edad la población en su mayoría son adultos jóvenes, pues la mayor parte de las personas están en el rango de edad comprendido entre 21 a 30 años.

CUADRO 2

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

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.	%	
Calor Interno	16	16	19	19	35
Suciedad de la sangre	7	7	14	14	21
No sé	5	5	7	7	12
Infección	3	3	9	9	12
Suciedad en el estómago	5	5	4	4	9
Hongos en la piel	5	5	2	2	7
Mala digestión	3	3	1	1	4
TOTAL	44	44	56	56	100

Se puede observar que gran parte de las personas, independientemente del sexo, coinciden que el "fuego" es la exteriorización del "calor interno".

Es importante señalar que también algunas personas creen que el "Fuego" , se debe a "Suciedad en la Sangre".

CUADRO 3

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.
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	20	20	34	34	54
Impétigo	9	9	2	2	11
Afta Oral Menor	5	5	5	5	10
Úlcera Traumática	3	3	6	6	9
Afta Oral recurrente	5	5	4	4	9
Gingivostomatitis Herpética	2	2	5	5	7
TOTAL	44	44	56	56	100

* 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 más de la mitad identificó herpes labial, esto muestra que dicha lesión es común en la población Garífuna entrevistada.

CUADRO 4

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

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	40	40	54	54	94
No	4	4	2	2	6
TOTAL	44	44	56	56	100

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 personas incluidas en este estudio..

CUADRO 5

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

n=100.

Pregunta No. 4 ¿Cuándo le sale fuego?

¿CUÁNDO LE SALE EL FUEGO?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Solo así	20	20	30	30	50
Después de una fiebre	10	10	17	17	27
Después de asolearse	6	6	3	3	9
Después de lastimarse	4	4	2	2	6
Cuándo está nervioso	3	3	3	3	6
Otros	1	1	1	1	2
TOTAL	44	44	56	56	100

Gran parte de las personas entrevistadas refiere que el “fuego en la boca” les aparece “solo así”.

Por otra parte, en orden descendente de frecuencia afirman, que después de haber padecido un estado febril o después de asolearse les ha “salido el fuego”.

CUADRO 6

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

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.	%	
Picazón	25	25	42	42	67
Ardor	12	12	10	10	22
Nada	6	6	1	1	7
Otros	1	1	3	3	4
TOTAL	44	44	56	56	100

Obsérvese que la mayor parte de los entrevistados respondió, “haber sentido”, “picazón en primer orden de frecuencia y “ardor” en segundo orden de frecuencia, antes de la aparición del “fuego”, lo que coincide con el pródromo del herpes labial, independientemente del sexo. (lesión referida en este estudio, ver cuadro No. 3).

CUADRO 7

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

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.	%	
Si	25	25	45	45	70
No	19	19	11	11	30
TOTAL	44	44	56	56	100

Véase que la mayor parte de los entrevistados refieren haber tenido “ampollas” antes de la aparición del “fuego” lo que es una característica del herpes labial. (lesiones referidas en el cuadro no. 3)

CUADRO 8

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

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	10	10	50	50	60
Si	34	34	6	6	40
TOTAL	44	44	56	56	100

Nótese que la aparición de costras tiene un bajo índice de frecuencia en la entrevista realizada. Observándose que tres quintas partes de los entrevistados respondieron no a la interrogante.

CUADRO 9

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

n=100.

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

¿SE LE HA REPETIDO EL FUEGO?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
Si	34	34	50	50	84
No	10	10	6	6	16
TOTAL	44	44	56	56	100

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

CUADRO 10

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

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	17	17	28	28	45
8 – 14 días	17	17	20	20	37
15-21 días	1	1	4	4	5
22-30 días	5	5	4	4	9
31 o más días	4	4	0	0	4
TOTAL	44	44	56	56	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 del herpes labial.

CUADRO 11

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

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.	%	
Sávila	9	9	12	12	21
Nada	5	4.9	13	12.6	18
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	7	6.8	8
Violeta	3	2.9	3	2.9	6
Sal de Uvas	4	4	1	1	5
Hielo	2	2	2	2	4
Agua y Sal	2	2	2	2	4
Agua de Apazote	3	3	1	1	4
Manzanilla	0	0	3	3	3
Limón	1	1	1	1	2
Leche de coco y azúcar	1	1	1	1	2
Sal	1	1	1	1	2
Tetraciclina	1	1	1	1	2
Clotrimazol	0	0	1	1	1
Nistatina	0	0	1	1	1
TOTAL	44	44	69	69	113

La población respondió que se aplicaban sávila, no aplicarse nada y aplicarse bicarbonato en orden descendente de frecuencia

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 Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

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.	%	
Padres	14	14	17	17	31
Otro familiares	12	12	14	14	26
Otras Personas	6	6	10	10	16
Nadie	5	5	8	8	13
Abuelos	3	3	6	6	9
Comadrona	4	4	1	1	5
TOTAL	44	44	56	56	100

Nótese que un número considerable de entrevistados mencionan consultar a los padres y otros familiares, esto sugiere que se trata de conocimiento y prácticas transmitidas por generaciones.

CUADRO 13

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

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	37	37	49	49	86
Queda igual	7	7	6	6	13
Se empeora	0	0	1	1	1
TOTAL	44	44	56	56	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 Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

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.	%	
Uno	34	34	41	41	75
Más de uno	10	10	15	15	25
TOTAL	44	44	56	56	100

Es notorio que los entrevistados refiere haber sufrido de lesiones únicas en su mayoría.

CUADRO 15

Población Garífuna distribuida según respuestas a la entrevista realizada en el área rural , Livingston, Izabal.

n=100.

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

¿SE LE CURA SOLO EL FUEGO?	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
No	20	20	29	29	49
Si	17	17	20	20	37
No sabe	7	7	7	7	14
TOTAL	44	44	56	56	100

Obsérvese que un número mayor de los entrevistados, creen que el “fuego” no se resuelve de forma espontánea.

Sin embargo llama la atención, que un número considerable de entrevistados cree que el “fuego se resuelve sin necesidad de tratamiento.

Es interesante observar, que cierta parte de la población entrevistada, 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
Ulcera 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 ¿ Que 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

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
Comadrona	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.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La mayoría de personas que participaron son adultos jóvenes, en el grupo Garífuna. Comprendido en un rango de 21 a 30 años; en su mayoría de sexo femenino.

Con respecto al conocimiento de qué es el "fuego " la mayoría de entrevistados coincide que es "calor interno", el cuál se exterioriza a través de lesiones ulcerativas o elevadas tanto dentro como fuera de la cavidad bucal. Además refieren padecerlo luego de un estado febril o por exposición al sol.

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 .

Se puede apreciar que hay recurrencia de las lesiones, así como en cuanto al tiempo refirieron en mayor número, en un período de hasta 14 días de duración; además refirieron haber padecido, en su mayoría lesiones múltiples.

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.

Es de resaltar que la población de entrevistados, proporcionaron respuestas variadas, pero una gran cantidad de personas indicaron haberse aplicado sávila y bicarbonato.

La gran mayoría refirió no aplicarse nada ya que "se quitan solas", 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.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS CINCO GRUPOS 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 cuanto 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 pomadas. (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 solas", 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 GARÍFUNA

1. El 94% de la población entrevistada, independientemente del sexo y edad, refirieron haber padecido —ellos o alguno de su familia- “fuego en la boca”.
2. La creencia popular de la aplicación de sávila y bicarbonato, parece ser muy común en la población encuestada, por otro lado un número considerable refieren no aplicarse ningún agente curativo.
3. Los padres y familiares son las personas más consultadas con respecto a qué aplicarse en las lesiones; otro gran número refiere no consultar a nadie, y muy pocas personas consultan al médico.
4. La población Garífuna 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.
5. La mayor parte de las personas entrevistadas afirman haber padecido de lesiones ulcerativas únicas, en la región oral y peri-oral, independientemente del sexo y edad.

CONCLUSIONES GENERALES

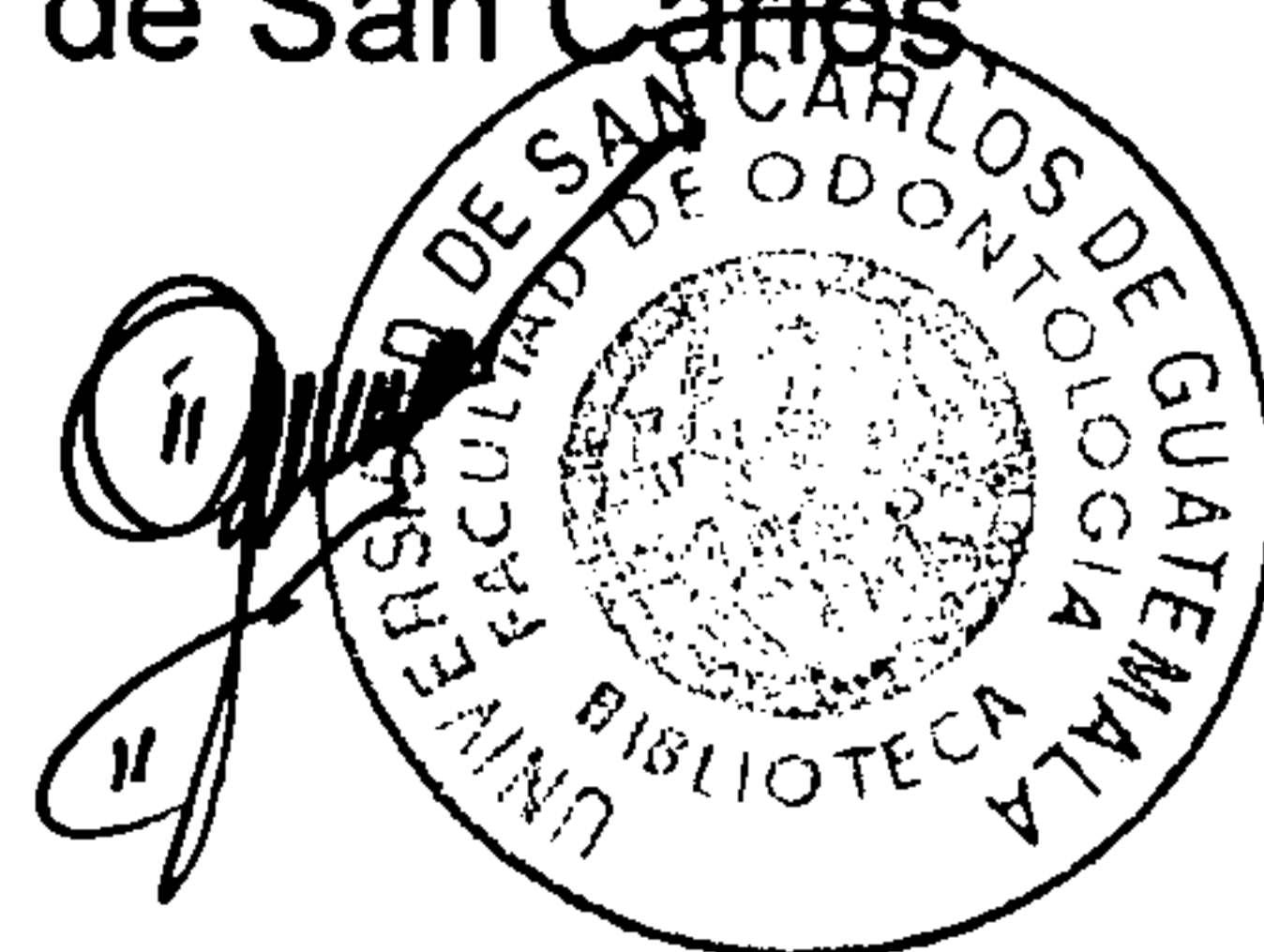
1. La edad de las personas parece no influir en las creencias y prácticas sobre la etiología y tratamiento del denominado "fuego en la boca".
2. La mayoría de personas de ambos sexos, explican el "fuego en la boca" como una exteriorización del "calor interno", lo que parece tener relación con la creencia, de que el mismo se produce después de la exposición al sol, o de una fiebre.
3. El herpes labial es la lesión más señalada en la población entrevistada independientemente del sexo y edad.
4. Los síntomas de "picazón y ardor" fueron mencionados mas comúnmente antes y durante la aparición del "fuego", lo cuál coincide con el pródromo de herpes labial.
5. La recurrencia del "fuego" parece ser muy alta entre la población encuestada independientemente del sexo y edad.
6. 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.

BIBLIOGRAFIA

1. Alburez, Ana María.- - Prevalencia de aftas orales recurrentes y herpes labial recurrente en una muestra poblacional Guatemalteca.- - Tesis (Cirujano Dentista) - - Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1984.- - pp. 16-21.
2. Alvarado Cano, Adrián.- - Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal, en una comunidad de etnia garífuna, en Livingston, Izabal.- - Tesis (Cirujano Dentista) - - Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1998.- - pp. 7.
3. López, Jornet. Bermejo Fenoll.- - Lesiones ulcerativas.- - pp. 3007-3022.- - En: Tratado de odontología / Antonio Bascones Martínez, Coautor.- - Madrid: Ediciones Avances, 1998.- - tomo III. pp. 3007-3022.
4. de Canales, Francisca H.- - Metodología de la investigación / Francisca H. de Canales, Eva Luz de Alvarado, Elia Beatriz Pineda.- - E.U.A.: Organización Panamericana de la Salud, 1994.- - pp. 93-95.
5. El manual de odontología / José Javier Echeverría García, Emili Cuenca Sala, Directores.- - Barcelona: Masson, 1995. pp. 110.
6. Historia y memorias de las comunidades de Guatemala.- - Fondo de desarrollo indígena, Unicef, URL.- - Guatemala: Editorial Nojib'sa, 2,000. pp. 45-64. (Colección Estudios Étnicos No. 11).
7. Hurtado Moreno, Ingrid Walleska Ixmucane.- - Análisis comparativo de las creencias, actitudes y prácticas tradicionales sobre salud bucal en distintos grupos étnicos de Guatemala.- - Tesis (Cirujano Dentista) - - Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 2001.- - pp. 9-19.



8. Oral & maxilofacial patology / B. W. Neville... [et al.].- - Philadelphia : W. B. Saunders Company, 1995.- - pp. 236-239.

9. Regezi, Joseph A.- - Patología bucal / Joseph A. Regezi, James Sciubba ; trad. por Claudia Cervera Pineda.- - 2a ed. - - México : Nueva Editorial Interamericana, 1995.- - pp. 4-10.

10. Roncal, Federico.- - Culturas e idiomas de Guatemala / Federico Roncal, Pedro Guorón Ajquijay.- - 2a ed.- - Guatemala : Ministerio de Educación Pública, 2002.- - pp. 43-46.

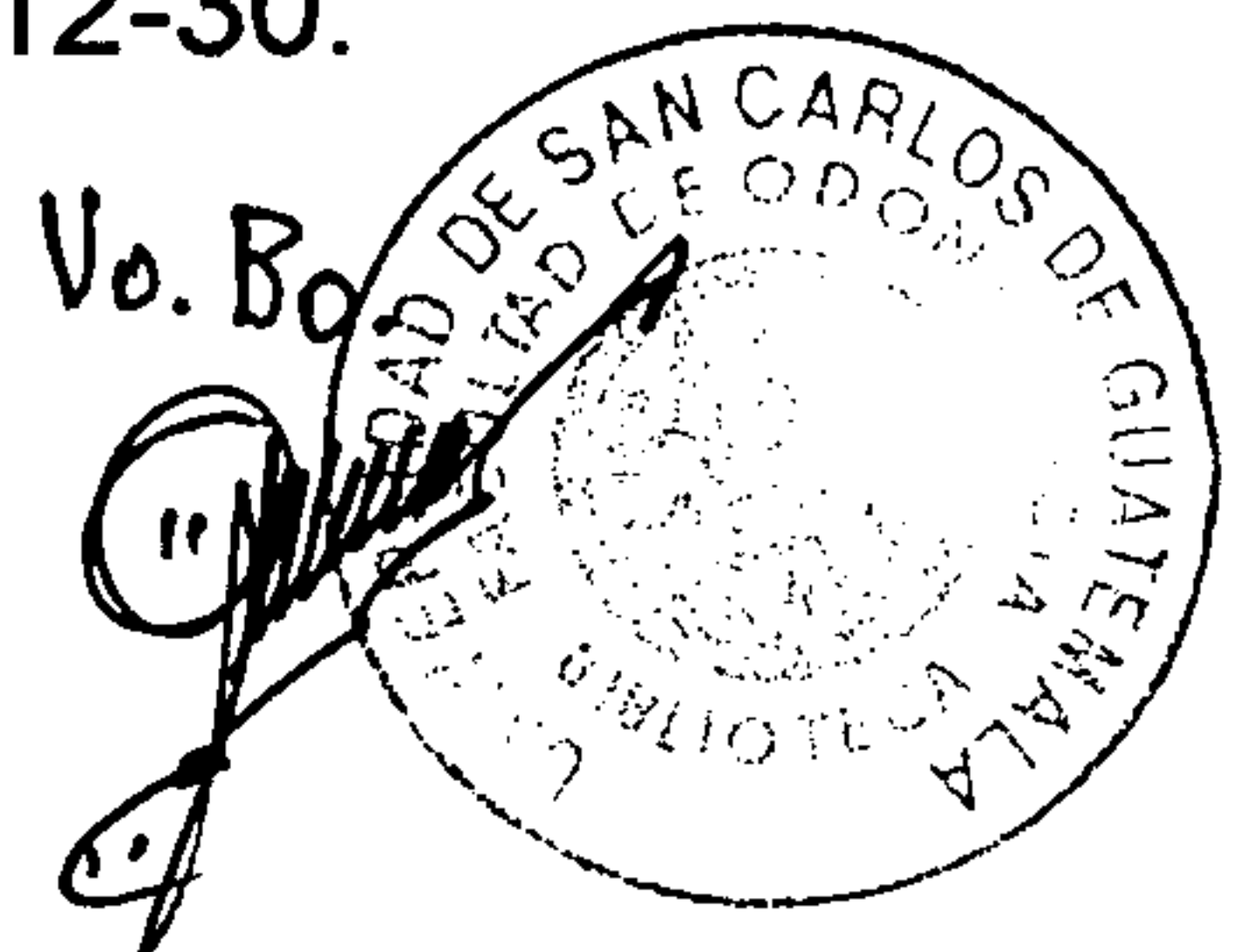
11. Toc Ixcaraguá, Glenda Claribel.- - Prevalencia de lesiones ulcerativas de la cavidad oral en la población urbana de Momostenango, municipio del departamento de Totonicapán.- - Tesis (Cirujano Dentista) - - Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1989.- - pp. 97-101.

12. Tratado de Patología Bucal / William G. Shafer... [et al] ; trad. por María de Lourdes Hernández Cazares.- - 4a ed.- - México : Nueva Editorial Interamericana, 1986.- - pp. 328-331.

13. Tyldesley, W. R.- - Ilustraciones diagnósticas en medicina bucal: pruebas de auto evaluación / W. R. Tyldesley ; trad. por Mercedes Miranda Fontes. - - Madrid : Interamericana McGraw Hill, 1989. - - pp. 21, 26, 59, 63.

14. Valladares, León.- - Cultura y salud : antropología aplicada a medicina,- - Guatemala : Oscar de León Palacios, 1992.- - 27p.

15. Villatoro, E. M.- - La medicina tradicional en Guatemala.- - Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro de Estudios Folklóricos, (CEFOL) Guatemala, 1990.- - pp. 12-30.



ANEXOS

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) Cuándo ha estado muy nervioso.
 - iv) Después de asolearse.
 - v) Solo así.
 - vi) Otros.
- 5) ¿Qué ha sentido antes de que le salga?.
 - Picazón.
 - Ardor.

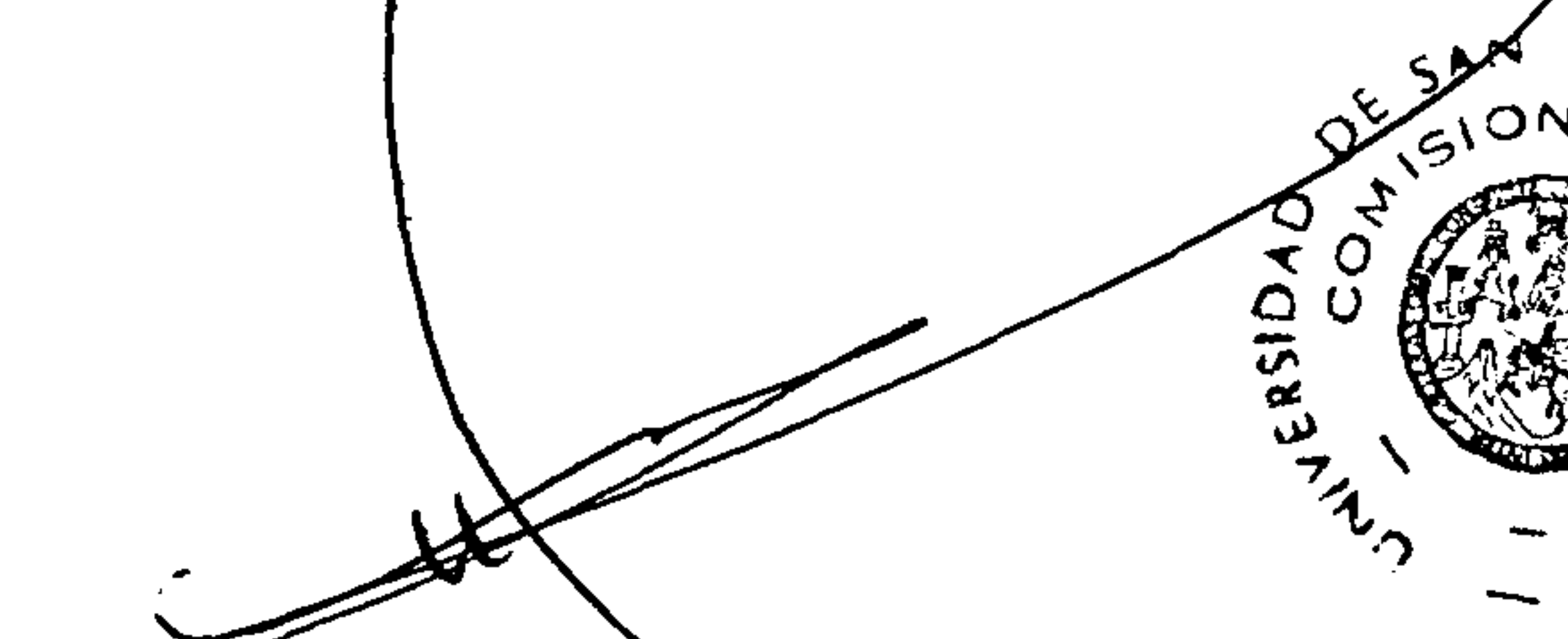
**El contenido de esta tesis es única y exclusiva responsabilidad
del autor.**

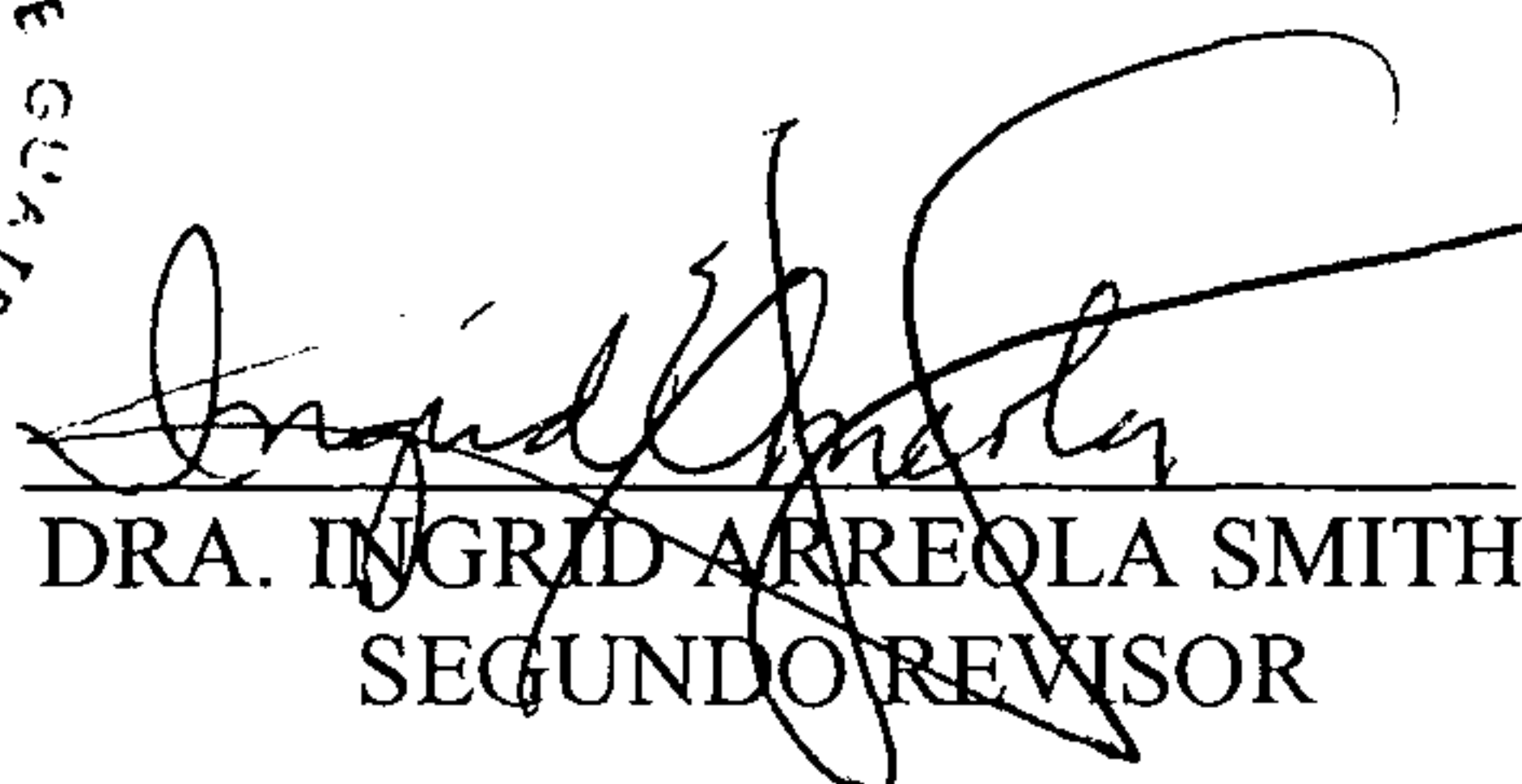


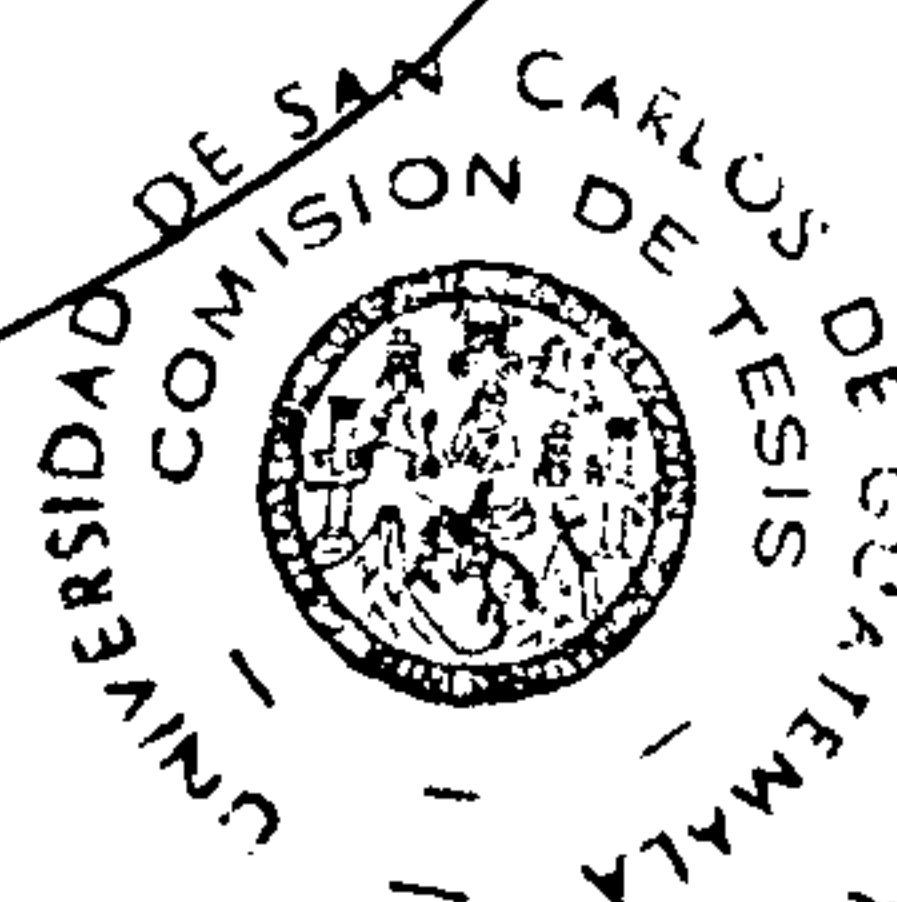
WILLIAMS YOVANY OLIVA DE LEÓN


O. P. WILLIAMS YOVANY OLIVA DE LEÓN

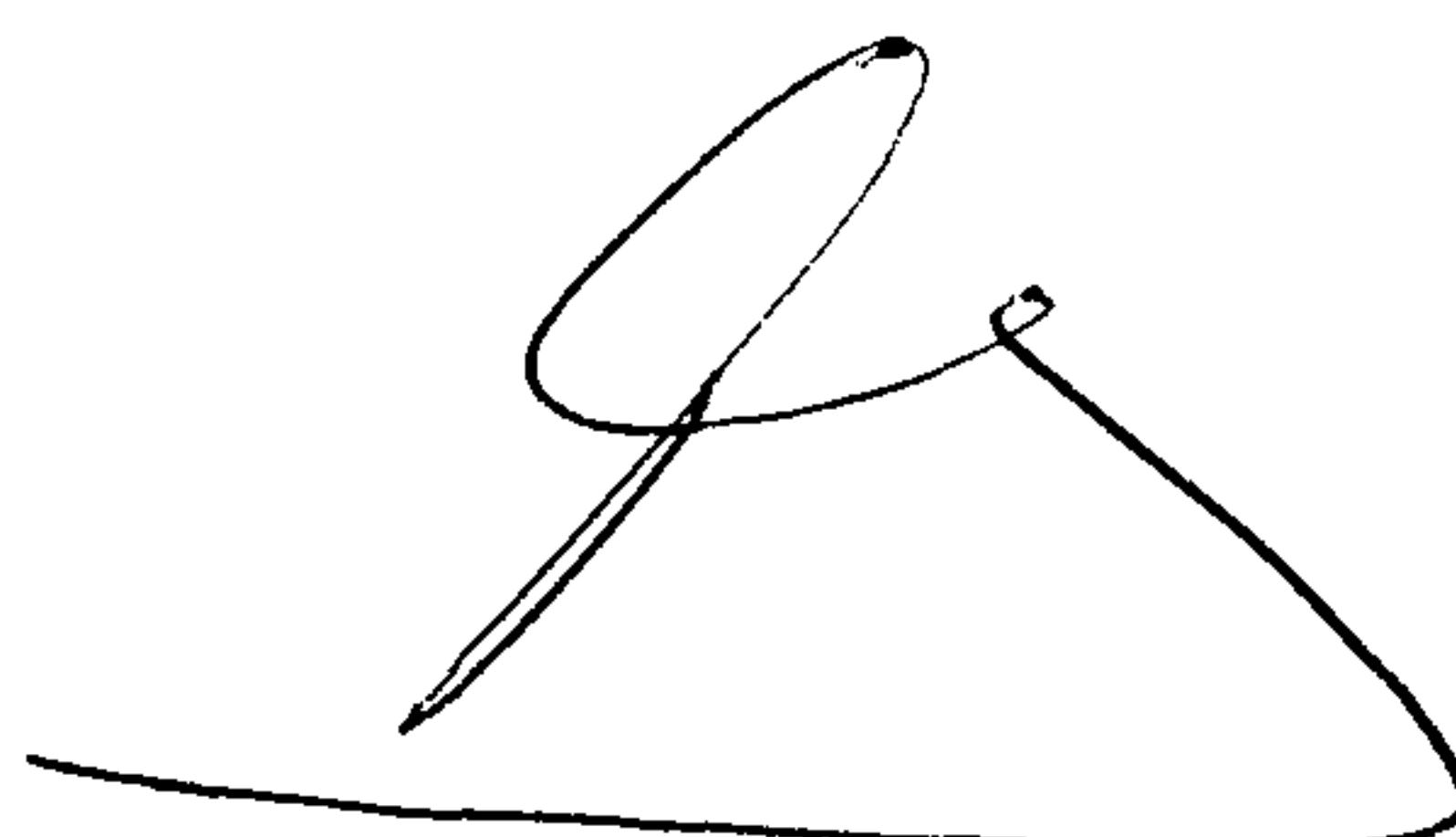

ASESORA
DRA. MIRNA CALDERÓN MÁRQUEZ


DR. HENRY CHEESMAN MAZARIEGOS
PRIMER REVISOR


DRA. INGRID ARREOLA SMITH
SEGUNDO REVISOR



IMPRIMASE:


DR. OTTO RAÚL TORRES BOLAÑOS
SECRETARIO

