



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EL FOLLETO EDUCATIVO COMO HERRAMIENTA
EN LA ENSEÑANZA DE LAS CARACTERÍSTICAS
DE LA BOCA DEL BEBÉ.**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ANA LAURA MÉNDEZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA: C.D. BLANCA ESTELA HERNÁNDEZ RAMÍREZ

MÉXICO D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



AGRADECIMIENTOS

Antes que nada quiero agradecer a mis padres por todo el apoyo, amor, paciencia y la confianza que han puesto en mí para poder llevar a término una de las metas más importantes que me he forjado en la vida, y es poder titularme como Cirujana Dentista; por lo cual los quiero y respeto mucho ya que son unas excelentes personas.

También quiero agradecer a mis hermanos y familia que son una parte fundamental en mi vida, por haberme ayudado en todos los momentos difíciles por los que he pasado durante la carrera ya que siempre me han tendido la mano sin pedir nada a cambio,

Además quiero agradecer a mis amigas por estar conmigo en todo momento y ayudarnos mutuamente, que aunque hayamos tomado rumbos diferentes se que siempre estarán ahí para apoyarme incondicionalmente las quiero mucho.

Otra persona que considero importante es mi novio porque siempre ha estado ahí para ayudarme, apoyarme en momentos difíciles y lo más importante darme su amor y hacerme feliz, te doy gracias. Te quiero mucho.

Por último y no menos importante a la Facultad de Odontología porque al ser mi casa de estudios, aprendí muchas cosas importantes y espero algún día contribuir de alguna manera. También a los Doctores que fueron indispensables para mi formación dentro del seminario de titulación de Odontopediatría, en especial a la C.D. Blanca Estela Hernández Ramírez que me apoyo para la realización de ésta tesina con sus conocimientos y apoyo moral ya que es una persona muy inteligente a la cuál respeto y admiró.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.	
1. ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA BEBÉS.	1
2. ASPECTOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ	6
2.1 Ciencias de la salud.	7
2.2 Ciencias de la conducta.	9
2.3 Ciencias de la educación.	10
2.4 Ciencias de la comunicación.	12
3. CARACTERÍSTICAS DE LA BOCA DEL BEBÉ	18
3.1 Alteraciones del desarrollo y de la formación dental.	22
3.2 Características del desarrollo y establecimiento de la oclusión en la primera dentición.	24
4. FOLLETO EDUCATIVO	29
4.1 Elaboración del folleto.	32
4.2 Ventajas del folleto respecto a otros medios de comunicación	36
4.3 Desventajas del folleto.	36
5. CONCLUSIONES.	37
6. BIBLIOGRAFÍA.	38
7. ANEXO.	40



INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la población aún tiene muchas ideas arraigadas y erróneas sobre la educación y prevención en odontología para bebés, razón por la cual tenemos que encontrar formas de mejorar las técnicas educativas y que éstas generen un cambio en la forma de pensar de los padres para así eliminar, controlar y adecuar los factores de riesgo de las enfermedades orales en el neonato.

Así tenemos que, dentro de la educación para la salud, se cuentan con diferentes medios para informar a la comunidad sobre diversos aspectos relacionados con su bienestar como son: la televisión, la radio, revistas, pláticas en los centros de salud, periódicos, volantes, folletos, entre otros.

Partiendo de lo anterior, nos lleva a pensar en difundir esta información en forma concreta y sencilla valiéndonos del folleto educativo, que gracias a su versatilidad dentro de la educación popular lo hemos elegido para plasmar datos relevantes y de fácil comprensión sobre las condiciones normales de la boca del bebé del nacimiento hasta la etapa del establecimiento de la 1ª dentición.

Con la ayuda del folleto queremos cubrir un aspecto importante de la educación para la salud, en donde pretendemos obtener inicialmente el interés de los padres y posteriormente modificar su conducta para que tengan herramientas educativas mejorando la condición de salud bucal de sus bebés; confirmando con esto que al prevenir se educa y al educar se previene.



1. ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA BEBÉS

Desde los inicios del siglo XX, la profesión médica ha reconocido la importancia de la consulta y cuidado a la mujer embarazada e incluso el seguimiento del bebé en crecimiento; sin embargo, la profesión dental tiene poco tiempo de haberse involucrado en el esfuerzo de la prevención primaria.¹

Al realizar una revisión de la literatura, se encuentran datos en donde surgen odontólogos que se interesan en la atención a bebés como es: Pereira (1929), en Brasil, donde aborda la importancia que tiene el fomento de la educación para la salud en la familia; a lo que argumenta que la profilaxia debe comenzar desde que el niño está en el vientre materno con la formación de los órganos dentarios sanos y bien calcificados. Destacó que los órganos dentarios merecen los mayores cuidados higiénicos, desde su aparición en la cavidad oral, y que también si existe dificultad para utilizar el cepillo dental, recomendó la limpieza con una gasa que se coloca envuelta en el dedo de la mamá, impregnada con una solución de bicarbonato de sodio y así frotar todas las superficies de los dientes. También se percató de que el niño no debía dormirse después de una comida sin antes lavarse la boca principalmente cuando se trataba de alimentos muy dulces. Ya que la falta de higiene es uno de los factores de riesgo de la caries dental.²

Este punto de vista cambia con el paso de los años, por ejemplo Costa en 1939, tiene el concepto de su época, en donde afirmaba que la

¹ Shein, B, Tsamtouris, A. "Self reported compliance and the effectiveness of prenatal dental education." *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 1991, V15 (2), p. 102.

²Pereira, en De Figueiredo W., Ferelle, A., Issao, M. Odontología para el Bebé. Editorial AMOLCA, Colombia, 2000, p. 3.



interferencia odontológica se debía llevar a cabo a partir de los 2 años de edad hasta los 12 años de edad para después remitirse con el odontólogo que correspondiera en cada caso y que solamente en niños con erupción dentaria precoz (dientes natales o neonatales), se les daría atención dental temprana.³

Pensamiento que es apoyado por Brauer y col. (1960), quienes dicen que el momento ideal para comenzar los exámenes dentales periódicos o el tratamiento, es a partir de dos años de edad en adelante. Este dato nos refleja que los métodos preventivos se dirigían con mayor predilección en niños a partir de los 2 años de edad.⁴

En un intento para implementar una atención precoz en Japón, Morinush y col. (1982), afirmaron que un método más seguro para el mantenimiento de la salud oral era la atención sobre los cuidados diarios que tenían que llevar a cabo las mamás en sus hijos. Dicha información se les impartió cuando los bebés tenían 4 meses de edad y los resultados se obtuvieron después de un periodo de seguimiento de 12 meses. Concluyendo que se deberían realizar visitas subsecuentes cada 3 a 4 meses según requiriera cada paciente.⁵

Por su parte Persson y col. en Suecia (1985); sugieren que los aspectos preventivos de caries dental, deben ser organizados por el Servicio Público de Salud Dental, donde la orientación se transmitió principalmente a la comunidad de mujeres que estuvieran en periodo de gestación; en donde se les informó qué procedimientos llevarían a cabo para disminuir los riesgos de la caries dental en sus hijos. Con este tipo de atención pretendieron

³ Costa, en Ib.

⁴ Brauer y col. Ib.

⁵ Morinushi y col. en Ib.



asegurar que virtualmente, todos los niños suecos, al llegar a la edad de 3 años estarían libres de caries, objetivo que no fue alcanzado exitosamente.⁶

En Estados Unidos Elvey; Hewie (1982), describieron que muchos problemas podrían ser evitados si el médico conociera mejor los aspectos odontológicos, particularmente sobre la fluoroterapia; hábitos bucales y sus consecuencias, desarrollo de la dentición y métodos de prevención.⁷

Seis años más tarde en Inglaterra, Cushing y Gelbier (1988) reportaron un trabajo que se realizó en Londres en 1977, donde encuentran referencia de un programa de cuidados dentales en el Departamento de Servicio Social. Dicho programa, enseñaba fundamentos sobre la educación odontológica y un cuidado profesional de control mensual y bianual que era realizado en niños como método preventivo, dirigido básicamente para reducir las necesidades de tratamientos restauradores y estabilizar la salud dental.⁸

En Estados Unidos, Goepferd (1989), en base a la alta incidencia de "caries de biberón" (por alimentación materna), informó que en la Universidad de Iowa, se estableció un programa durante 18 meses destinado a diagnosticar, interceptar y modificar las practicas caseras que podrían ser potencialmente dañinas para la salud bucal de los bebés. Basados en los resultados obtenidos, se indicó que la primera visita del niño al dentista debía realizarse alrededor de los 6 meses de edad, época en que se consigue mayor cooperación y eficacia por parte de los padres en atención primaria y control de la caries dental.⁹

⁶ Persson y col. en Ib.

⁷ Elvey; Hewie en Ib.

⁸ Cushing ; Gelbier en Ib.

⁹ Goepferd en Ib. p. 4.



Con el advenimiento de que el concepto de atención precoz tiene una tendencia mundial, es en Brasil donde surge una práctica de atención primaria, sistemática y organizada, con la fundación de la Clínica de Bebés en la Universidad Estatal de Londrina (UEL), siendo director el Dr. Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter que con el apoyo conjunto de la Universidad de Londrina y la Financiadora de Estudios y Proyectos (FINEP), da inicio a sus actividades en el año de 1985.¹⁰

Desde el inicio de este proyecto se realizaron estadísticas en la población de bebés y niños que asistieron, para corroborar el cumplimiento del objetivo de la atención precoz donde se muestra una reducción del 85% del índice de caries en un periodo de 1985 a 1999, lo cual refuerza su idea original de "Educar Previniendo – Prevenir Educando" que actualmente es el lema de ésta institución.¹¹

Los objetivos principales que cubre la Clínica de Bebés son:

- ✓ Reducir el índice de caries mediante la captación de los pacientes a edad temprana (entre los 4 y 6 meses de vida).
- ✓ Educar a los padres, provocando un cambio en su actitud para eliminar hábitos nocivos.
- ✓ Involucrar a los padres para concientizarlos a entrar a un programa preventivo de seguimiento constante.

Lo anterior pretenden dirigirse a la población de una forma indirecta, en donde la información se les proporciona a las parejas que piensan concebir hijos, o bien de una forma directa (posparto), a las mujeres que tienen pocos días de haber concebido un bebé (7 a 14 días de nacido), con

¹⁰ Ib.

¹¹ Ortiz M. "Odontología para bebés y/o estomatología pediátrica y del recién nacido" Boletín de la ADM, Nov- Dic 2003. p. 1.



una consecuente reducción de gastos, por la disminución de tratamientos restauradores.¹²

La Odontopediatria seguirá teniendo importancia a nivel mundial, pero su participación en atención restauradora irá decreciendo a medida que se concientize y cambie la mentalidad de profesionales de todas las áreas de salud y la población, para así aumentar su participación educativa y preventiva en todos los sectores.

¹² Ib. p. 2,3.



2. ASPECTOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ

Sobre la base de nuestros objetivos de educar a los padres, es necesario recordar en qué consiste la educación para la salud para que en nuestro caso logremos transmitir la información en cuanto a las características normales de la cavidad oral del bebé.

Así tenemos que según Walter Green y col. mencionan que:

“La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables”¹³

En nuestro país, la Secretaría de Salud decretó:

“La educación para la salud tiene como propósito final la participación activa y consciente de los individuos en beneficio de su salud, la de su familia y la de su comunidad, fundamentada en el desarrollo de valores, actitudes, conocimientos y conductas”¹⁴

Por lo anterior podemos observar que el principio fundamental es conservar la salud. Para conseguirlo la educación para la salud dirige la información a dos grupos: el primero, quienes carecen de los conocimientos adecuados para mantenerla y promoverla; el segundo grupo, aquellos que cuentan con los conocimientos pero no los practican.¹⁵

¹³ Greene, W, Simons B. Educación para la salud. Ed. Interamerica Mc Graw-Hill, México 1988, p.50.

¹⁴ Higashida, B. Odontología Preventiva Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México 2000, p.41

¹⁵ Ib. p.42.



La educación para la salud está dividida en 4 apartados:¹⁶

- Ciencias de la salud.
- Ciencias de la conducta.
- Ciencias de la educación.
- Ciencias de la comunicación.

Es importante no olvidarnos que cuando se pretende educar a la comunidad además de ayudarnos de los diferentes medios de comunicación, debemos tomar en cuenta los cuatro puntos antes mencionados. En el caso de esta tesina utilizaremos como medio de información el folleto educativo para poder fundamentar nuestro propósito de educar a los padres respecto a las condiciones normales de la cavidad oral del bebé.

2.1 Ciencias de la Salud

La importancia de éste apartado radica en que provee las condiciones de bienestar del individuo a través de tres sectores de salud: promoción de la salud, prevención y el tratamiento.

Así tenemos que la promoción de la salud es aquella que busca crear medidas en el individuo y la comunidad para que pueda ayudarles a adoptar estilos de vida, permitiendo mantener y realzar el estado de bienestar.¹⁷ La prevención implica cualquier medida que reduzca la posibilidad de aparición

¹⁶ Rochon A. Educación para la salud. Guía practica para realizar un proyecto. Ed. Masson, Barcelona 1996 p.6,7.

¹⁷ Green Op. cit. p.45.



de una afección o enfermedad.¹⁸ El tratamiento pretende recobrar la salud de los individuos.¹⁹

Basándose en lo anterior, es ideal establecer a edad temprana las medidas preventivas. Sin embargo, los infantes en quienes se tiene que aplicar la prevención, dependen de sus padres para su salud y bienestar.²⁰

Razón por la cual nuestro proyecto es transmitir la información a los padres a través de un folleto, en donde estamos trabajando dentro del primer nivel de prevención que:

De acuerdo con Leavell y Clark manejan que la prevención así como la enfermedad puede dividirse en distintos periodos. La prevención primaria está en relación con el periodo prepatogénico o preclínico; la prevención secundaria se asocia con el inicio del periodo patogénico o estadio clínico y la prevención terciaria al estadio final de una enfermedad.²¹

En base a la descripción de la actividades que involucran tanto el segundo como el tercer nivel de prevención, tenemos que nuestros propósitos están fijados en evitar que los niños tengan que atravesar por tratamientos restaurativos desde edades tempranas siendo que se pueden prevenir iniciando desde que son bebés, partiendo de generar conciencia en los padres de familia sobre la importancia que tiene la salud oral de sus bebés y todas sus implicaciones o complicaciones.

¹⁸ Higashida Op. cit. p.41.

¹⁹ Alain Rochon Op. cit. p. 20.

²⁰ Shein, B. Op. cit. p. 104.

²¹ Katz, S. Odontología Preventiva en Acción. Ed. Panamericana, México 1991, p.37.



2.2 *Ciencias de la conducta*

Estas ciencias se encargan de estudiar las causas del comportamiento de cada individuo o grupo de personas, mismo que va a depender de las fases de aprendizaje, el entorno personal que incluye aspectos fisiológicos, físicos, psicológicos, sociodemográficos y culturales entre otros. También interactúan factores ambientales como son: las relaciones interpersonales, servicios y recursos, lugar de trabajo, lugar de residencia. Todos se relacionan entre sí con el individuo.²²

Es de nuestro interés éste tipo de información ya que nuestro sector de población al cuál va dirigido el folleto es a padres que están planeando forjar una familia o que tienen pequeños en edad preescolar, y planean otros hijos ya que muchas veces tienen ideas culturales arraigadas como por ejemplo: aquellas personas que piensan que la primera dentición no es de importancia ya que tiene que erupcionar la dentición permanente y esta forma de pensar trae consecuencias dentales en los niños. Por lo tanto sería conveniente modificar este tipo de conductas en la población.

En éste apartado se involucran diferentes áreas de estudio, en donde tenemos a la Psicología que se encarga de estudiar el comportamiento individual, la Sociología que se encarga del análisis del comportamiento en grupos de personas, en base al papel que desempeñan en el núcleo familiar o social al cual pertenezcan y la Antropología que estudia el estilo de vida y la cultura de los individuos a través del tiempo.²³

²² Rochon, A. Op. cit. p.9,10.

²³ Ib. p.8



Cabe mencionar que el aprendizaje de una conducta implica que las medidas de cambio que se lleven a cabo sean de forma voluntaria, ya que si se obliga a las personas al cambio sin antes concientizarlas de los beneficios que puedan obtener; sólo tendríamos una modificación temporal en su conducta que no garantiza el aprendizaje.²⁴

Ya que nuestro propósito es obtener un cambio definitivo, en el interés de los padres sobre la revisión dental en sus bebés y que a su vez ellos mismos lo divulguen a la comunidad o grupo social al que pertenezcan obteniendo como resultado que un mayor número de personas se vean interesadas en lo que han aprendido; demostrando el interés sobre el bienestar de la cavidad oral de sus bebés, dándonos oportunidad de disminuir la escasa información que existe sobre el tema de odontología para el bebé.

2.3 Ciencias de la educación

Al ser un punto de la educación para la salud, se va a encargar del estudio, práctica, enseñanza y aprendizaje; en donde la Pedagogía se encarga de dirigir la educación a los niños y la Andragogía hacia los adultos.²⁵

Los educadores de salud recomiendan que para que la información transmitida a los padres tenga éxito, se debe impartir a aquellas parejas que sus hijos están aún en el proceso de gestación y la educación se continúe después del nacimiento de sus pequeños ya que es el momento en el que

²⁴ Mahler, H. Educación para la Salud Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. OMS, Ginebra 1989. p.16-18.

²⁵ Rochon, A. Op. cit. p.8.



estos se encuentran más preocupados e interesados en el tema de salud de su bebé.²⁶

Partiendo de esto, es importante hacer entender a los padres que en los lactantes e infantes, la caries dental se puede presentar antes de los tres años de edad o bien en niños tan pequeños de tan sólo 12 meses, por lo que de acuerdo a la American Academy Of Pediatric Dentistry:

“El cuidado dental del lactante inicia con la asesoría acerca del recién nacido, la que debe incluir una visita al consultorio odontológico para asesoría sobre salud oral preventiva antes de los 12 meses de edad.”²⁷

Existen datos en la literatura que reportan que los bebés más susceptibles a procesos de caries dental, son aquellos con un status socioeconómico bajo, con padres de un bajo nivel educativo, cuya ingesta de alimentos es alta en carbohidratos y que además está asociado a una falta de higiene.²⁸

Así mismo se debe tomar en cuenta la existencia de la ventana de infectividad que existe entre el neonato y los padres, (principalmente la madre) y el ambiente familiar. Es importante ya que mucha gente piensa que la 1ª dentición no es relevante e inclusive hay personas que se atreven a decir que la atención odontológica debe ser hasta la dentición adulta.

Así tenemos que los padres al estar informados de todas las situaciones antes descritas, podrán evitarlas al identificar y modificar hábitos

²⁶ Shein B. Op. cit. p.102.

²⁷ Houpt, M. “A Dental Home by Age One” Pediatric Dentistry, 2003, V.5(4) p.323.

²⁸ Weiss, P, et al. “Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home” Pediatric Dentistry, 2003, V.111 (5) p. 1113.



o conductas perjudiciales y dieta nocturna con el biberón, bebidas carbonatadas, para disminuir el riesgo de problemas de tipo dental.²⁹

Al brindar información educativa sobre odontología para bebés a los padres, se podrá ayudar a los lactantes e infantes a evitar el llegar a una atención plenamente restauradora y cambiarlo a una introducción placentera sobre la revisión odontológica, establecer y reforzar la formación de hábitos de prevención dental.³⁰

2.4 Ciencias de la comunicación

Este es el último apartado pero no menos importante, ya que involucra el proceso de comunicación que se va a realizar para transmitir un concepto o un tema hacia un individuo o una comunidad. En nuestro caso el mensaje a transmitir a los padres de familia será a través de un folleto.

Así tenemos que la comunicación consiste en un acto mediante el cual un individuo (ser humano, animal u objeto) establece con otro u otros un contacto que le permite transmitir una determinada información.³¹

Los objetivos de un proceso de comunicación son los siguientes:

- a. Transmisión de información.
- b. Intento de influir en los otros.
- c. Manifestación de los pensamientos.
- d. Realización de actos.

²⁹ Norman, H. Odontología Preventiva Primaria. Ed. El Manual Moderno, México, 2002. p. 360.

³⁰ Ib. p. 356

³¹ Comunicación y Educación. "El Proceso didáctico como proceso de comunicación"
<http://tecnologiaedu.us.es/bibliovir/pdf/316.pdf>.



Los elementos que intervienen en un proceso de comunicación son:³²

a. **La fuente:** Puede ser un individuo que habla, escribe o dibuja; o una organización de comunicación.

b. **El mensaje:** Es el producto del comunicador que se expresa en forma de *códigos* en forma escrita, verbal, gestual o con imágenes. Así el mensaje puede presentarse en forma de impresos en papel, impulsos electromagnéticos, ondas de sonido en el aire, gestos o todo tipo de señales capaces de ser interpretadas significativamente.

c. **El medio o canal:** Es el vehículo, soporte o instrumento de la comunicación a través del cual se envía o viaja el mensaje. Hay canales que permiten dirigirse a grandes masas: radio, televisión, prensa, folleto, volantes.

d. **El destino:** Puede ser un individuo o un grupo de personas. Así, la persona que escucha una grabación de audio, lee un libro, o ve un noticiero, constituye el destino de un mensaje. Igualmente lo son los televidentes, los cibernautas o navegantes del espacio, los lectores de una revista o periódico, el público que asiste a una conferencia.

e. **La retroalimentación:** es el componente que busca asegurar la eficacia del proceso comunicativo de forma bidireccional, es decir verificar la forma en que el destino (individuo o grupo de personas), recibe el mensaje y su apropiación. Juega un papel muy importante en la comunicación porque

³² “Lenguaje y Comunicación”. Capítulo 2 . [http:// pdf.rincóndelvago/elprocesode-comunicación.html](http://pdf.rincóndelvago/elprocesode-comunicación.html) p. 2.



permite al emisor conocer como se están interpretando sus mensajes verbales, escritos, gestuales, gráficos, musicales.

Hacen parte del proceso de retroalimentación los aplausos, sonrisas, bostezos, inclinaciones de cabeza; igualmente cartas, llamadas, mensajes a través de fax o correo electrónico. Cuando la retroalimentación es concebida dentro del proceso de enseñanza y de aprendizaje, está constituida por tres elementos básicos:

1. La información de qué es correcto y qué es incorrecto.
2. Por qué está correcto y por qué incorrecto.
3. Posibles alternativas de solución o estrategias de mejoramiento.

Todo lo anterior está inmerso en un ambiente de diálogo significativo en que cada uno de los entes interactuantes sea partícipe de un proceso crítico constructivo.

f. **Receptor:** Algunos autores llaman perceptor o receptor, a toda persona que conscientemente reciba, interprete y responda los mensajes provenientes del medio en que se encuentra inmerso.

g. **El comunicador o emisor:** es quien produce y transmite el mensaje, a través de *códigos* que conoce el receptor. Es muy importante que los canales o medios que utiliza el comunicador sean los mejores y se encuentren en óptimas condiciones.

Para poder cubrir nuestros objetivos de transmitir el mensaje dirigido a los padres y así poder educarlos, es necesario conocer que las formas de concebir la comunicación y de cuál pretendemos valernos para transmitir el mensaje.



Existen dos formas de concebir la comunicación:³³

- En la primera, el emisor envía mensajes permanentemente a sus receptores, los cuáles no tienen retorno, ni respuestas porque no hay interactividad, ni comunicación de doble vía; por ello se le denomina como unilateral o vertical. Está dirigida a un público en general masivo, el emisor y el receptor están unidos por un medio: televisión, radio, imprenta, periódico, folletos, volantes.
- La segunda es una comunicación bilateral en la que el emisor emite un mensaje que percibe el receptor, mismo que se convierte en emisor de un nuevo mensaje, se denomina comunicación horizontal. Es dirigida a grupos relativamente pequeños, por ejemplo en pláticas educativas, conferencias, existe una comunicación directa.

Hay que tener en cuenta el tipo de lenguaje que se va a utilizar ya que con frecuencia, el lenguaje ha sido un obstáculo para una buena comunicación.

Partiendo de lo anterior, tenemos que el lenguaje popular es más concreto, más relacionado a la experiencia, más cargado de emociones y sensaciones y por lo tanto, más solidario que el léxico académico, al cuál se suele acoplar el calificativo de <<científico>>.³⁴

Así tenemos que en base a lo anterior, lo ideal sería establecer una comunicación horizontal, sin embargo se podrá transmitir la información a través del folleto educativo, con el objetivo de educar a los padres partiendo del concepto de las situaciones normales de la cavidad oral de sus bebés;

³³ Ander, E. Los medios de comunicación al servicio de la educación. Buenos Aires: Magisterio del río de la Ag, 1992. p.18,19.

³⁴Faucher F. en Ib. p. 126.



fomentando así su preocupación por saber más sobre temas que con lleven al bienestar de los mismos.

Dichos folletos se pueden distribuir en las diferentes clínicas de nuestra facultad durante cada periodo escolar para lograr continuidad y observar el cambio de conducta de los padres. Esto puede ser evaluado por la asistencia de niños a temprana edad.

Al establecer cualquier proceso de comunicación nuestra intención principal es comunicar un determinado contenido a un receptor.³⁵

Con relación a lo anterior y al tener en cuenta que la comunidad a la que deseamos transmitir el mensaje se denomina popular, tenemos que las características que debe reunir el lenguaje popular son:³⁶

1. Brevedad: Debido a que las oraciones y los párrafos cortos facilitan la lectura, esto se va a lograr usando un mínimo de palabras para expresar una idea.

Escribir con frases cortas ya que se ha demostrado que las frases de unas 8 palabras hacen más comprensible un texto sin embargo, no se debe sobrepasar de 24 palabras. Los párrafos deben ser breves, es decir, que no contengan más de 120 palabras ya que puede resultar difícil comprenderlos.

2. Claridad y simplicidad: Un texto claro tiene más posibilidades de comunicar un mensaje y de enseñar, persuadir o convencer, que uno poco comprendido. Para lograr dichas características, hay que tomar en cuenta:

³⁵“Lenguaje y Comunicación.” Op. cit. p.3.

³⁶ Ander, E. Op. cit. p. 129-136.



- Evitar el uso de una terminología especializada.
- Exponer una o dos ideas por frase.
- Procurar usar expresiones y palabras que emplea la gente.
- Utilizar lo menos posible adjetivos y adverbios.
- Preferir las palabras que tienen sentido concreto

3. Sentido de lo práctico, por lo que es recomendable, los párrafos cortos, con frases breves y concretas, ya que dividen el tema y promueven la concentración de los pensamientos y permiten que se entienda punto por punto lo que se quiere decir.

4. Reflexión personal, entendiéndose por personal en cuanto al que emite el mensaje y en cuanto a los receptores, es decir, hay que escribir como si uno se estuviera dirigiendo a una persona amiga o conocida, y no a una masa amorfa. Por ello es aconsejable: usar pronombres y referencias personales <<ustedes los...>>, <<su vivienda>>..., <<nuestros problemas>>. Cuando en un escrito existen reflexiones personales, los lectores sentirán que es una persona que escribe para otras personas, y esto permite una comunicación más profunda y eficaz.³⁷

En base a los cuatro apartados que conforman la educación para la salud, tenemos que todos son importantes y además se complementan para que nuestros objetivos de educar, como parte de un proceso de formación en los padres creen conductas nuevas que sólo se podrán llevar a cabo si se siguen paso a paso y además se refuercen hasta lograr una conducta percedera y en un futuro podamos trabajar siempre en equipo dentro del primer nivel de prevención.

³⁷Ib. p. 133.



3. CARACTERÍSTICAS DE LA BOCA DEL BEBÉ

Del nacimiento a los tres años de edad.

Partiendo del hecho que durante los primeros meses de vida del bebé, los padres tienen el primer contacto únicamente con el pediatra o médicos familiares, se sugiere que exista una comunicación con éstos profesionales para involucrarlos con aspectos odontológicos.

Esto lo mencionamos ya que en un artículo de Rodríguez A. B. y López, P.M., reportan los resultados de una encuesta realizada a pediatras y médicos generales en el Distrito Federal; sobre el conocimiento que ellos tenían respecto al cuidado dental que deben recibir los bebés y cómo se lo informaban a sus pacientes. Obteniendo datos que indican la necesidad de establecer un vínculo de comunicación sobre aspectos odontológicos con éstos profesionales de la salud para lograr un nivel de prevención y evitar que éste sector de la población se enfrente a situaciones de rehabilitación a edades tempranas.³⁸

Así vemos la necesidad de formar un equipo de trabajo para familiarizar tanto al odontólogo como al pediatra y padres de familia, con las características normales que van a desarrollar los bebés en la cavidad oral desde su nacimiento hasta el establecimiento de la erupción de la primera dentición, valiéndonos del uso del folleto educativo para plasmar la información sobre las características de la boca del bebé.

³⁸ Rodríguez A. B., López, P.M. "Encuesta sobre el conocimiento del cuidado de la salud bucal infantil en un grupo de pediatras y médicos generales de la ciudad de México" División de Estudios de Posgrado e Investigación. Julio- Diciembre 200 Año 4 número 15-16 p.59-66.



Consiguiendo los objetivos de la educación para la salud, que para nuestro propósito es el conseguir que se de un cambio en la conducta de los padres para dar como resultado que sus hijos tengan un mejor nivel de salud dental. Es importante mencionar que los componentes de la cavidad oral del bebé se describirán de la parte interna a la externa de forma sencilla para su comprensión.

Comenzaremos por mencionar que el labio superior presenta, en su porción media, el llamado "Sucking pad" (Fig.1) ó "apoyo para la succión" descrito por Raubenheimer y col., 1987. Éste cuenta con numerosas terminaciones nerviosas que al ser estimulado (por la fricción, el amamantamiento) tiende a aumentar de volumen, el periodo en el que se encuentra más desarrollado es durante la lactancia.³⁹



Fig. 1⁴⁰

En la parte interna de ambos labios encontramos los frenillos, en la porción media del labio superior se encuentra el frenillo labial que une al labio superior con la papila palatina, que de acuerdo a Dewell (1946), auxilia en el amamantamiento dando tonicidad al labio superior.⁴¹

³⁹ Figuieredo, W. Op.cit. p. 47.

⁴⁰ Ib. "Sucking pad en el recién nacido"

⁴¹ Dewell en ibidem



En el labio inferior se encuentra, el frenillo labial que se localiza en la línea media, uniendo la porción interna del labio al tercio gingival. A distal de los frenillos mencionados podemos encontrar frenillos bucales también denominados bridas por algunos autores.

Anatómicamente el maxilar y la mandíbula del recién nacido presenta en el arco superior: un rodete gingival, frenillo labial y las bridas laterales, por vestibular (Fig. 2,3). En el área palatina encontramos: la papila palatina, las rugas palatinas, el rafe palatino medio y la bóveda palatina (Fig.3). En la porción posterior se encuentra: el paladar blando que se identifica por la transición de color y el pilar amigdalino.⁴²



Fig. 2⁴³

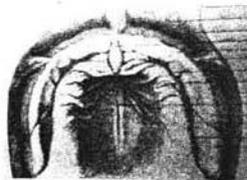


Fig. 3⁴⁴

En el área del piso de boca encontramos: el rodete gingival, el frenillo lingual, la salida de las glándulas salivales, la lengua y el paquete vascular-nervioso. (Fig. 4). La lengua es un músculo móvil que tiene un papel importante en el apoyo de succión durante el amamantamiento ya que

⁴² Ib.

⁴³ Ib. "Arco superior del recién nacido." p. 49

⁴⁴ Ib. "Diseño esquemático del arco superior."



participa durante el periodo de deglución visceral al cambio de deglución somática (Fig. 5).⁴⁵



Fig. 4⁴⁶



Fig. 5⁴⁷

En ambos rodetes sobre la región de los incisivos y caninos existe el cordón fibroso de Robin y Magitot. Este pliegue o cordón funciona, según Häupl (1958), como auxiliar en la succión ya que colabora como el límite de los maxilares y éste comienza a desaparecer cuando se inicia el proceso de erupción.⁴⁸



Fig. 6⁴⁹



Fig. 7⁵⁰

En la región anterior y vestibular de ambos rodetes, se notan segmentos verticales que se denominan lobulaciones, éstas coinciden con la presencia de los gérmenes de los incisivos y caninos.



Fig. 8⁵¹

⁴⁵ Parmele A. "The mouth of the newborn." Department of Pedodontics. University of Indianapolis USA. 1970

⁴⁶ Figueiredo, W. "Diseño esquemático del arco inferior" Op. cit. p. 49

⁴⁷ Fotografía tomada a un bebé de 20 días de nacido.

⁴⁸ Häupl, en Figueiredo W. Op. cit. p. 48.

⁴⁹ Figueiredo, W. "Cordón Fibroso de Robin y Magitot." p. 48.

⁵⁰ Ib. p.49.



Además algunos autores mencionan que existe una separación entre el rodete superior protruido y el inferior retruido con una discrepancia media de 5-6mm (Korkhaus, 1958).⁵²



Fig. 9⁵³

3.1 Alteraciones del desarrollo y de la formación dental

Todas las características mencionadas anteriormente son las que se encuentran en la cavidad oral del bebé sin embargo, podemos encontrar condiciones que rompen con éste esquema.

De acuerdo a Laskaris, clasifica a las patologías orales en niños de la siguiente forma:⁵⁴

- Defectos dentarios ya sea respecto a su tamaño, forma, localización, número, estructura dentaria.
- Anomalías del desarrollo, como hendiduras bucofaciales, anquiloglosia, granulaciones de fordyce, anomalías de frenillos.
- Lesiones mecánicas y eléctricas como son: úlceras traumáticas, lesiones por mordedura, entre otras.
- Quemaduras químicas y Alérgicas.
- Cuerpos extraños.
- Enfermedad Periodontal

⁵¹ Foto tomada a un bebé de 20 días de nacido en donde se muestran las lobulaciones en el sector anterior superior.

⁵² Korkhaus en Ib. p. 47.

⁵³ Foto tomada a un bebé de 20 meses en donde se observa la relación que hay entre los dos rodetes.

⁵⁴ Laskaris, G. Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes Ed. AMOLCA, Colombia 20001, p. ix



- Patologías de los labios como queilitis angular.
- Patologías de la lengua como lengua saburral, geográfica, fisurada, etc.



Fig. 10⁵⁵



Fig. 11⁵⁶



Fig. 12⁵⁷

Dentro de las patologías asociadas al rodete gingival son: quistes de la lámina dental (Fig. 14), nódulos de bohn y perlas de epstein (Fig. 13) siendo las más observadas según Díaz R. y col; en un examen estomatológico realizado en el Instituto Nacional de Perinatología publicado en 1989, quiste y hematoma de la erupción, épulis del recién nacido.⁵⁸



Fig. 13⁵⁹



Fig. 14⁶⁰

Respecto al cambio de número o color están: los dientes natales (Fig. 15) o neonatales (Fig. 16) que Hooley J. ya describía su incidencia desde 1967 en un artículo sobre las características de la cavidad oral del bebé; se

⁵⁵ Ib. "Anquilosisia." p. 39.

⁵⁶ Foto de un bebé mostrando la existencia de nódulos de bohn.

⁵⁷ Figueiredo, W.Op. cit. "Fisura labial."

⁵⁸ Díaz R. "Examen estomatológico en el recién nacido" ADM XVI/5 Sep-Oct.1985, 259,260.

⁵⁹ Figueiredo W. Op. cit. "Perlas de Epstein."

⁶⁰ Ib. "Quistes de la lámina dental."



asocia a la úlcera de riga fede, supernumerarios, anodoncia, cambios en el color.⁶¹

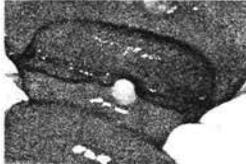


Fig. 15⁶²



Fig. 16⁶³

3.2 Características del Desarrollo y establecimiento de la oclusión en la primera dentición.

El análisis de la primera dentición tiene por finalidad la observación de las diferentes características de los arcos, para establecer un diagnóstico y, finalmente, relacionarlos con las alteraciones presentes y las futuras consecuencias que generará para el desarrollo de la oclusión.⁶⁴

El profesional debe observar los aspectos sobre erupción dental, el establecimiento de la oclusión y las características de los arcos. En relación con la erupción, la secuencia más didáctica es la que establece la Asociación Dental Americana en 1981:⁶⁵

- Incisivos inferiores: 6 – 10 meses.
- Incisivos superiores: 8 – 12 meses.
- Primeros molares: 12 – 16 meses.
- Caninos: 16 – 20 meses.

⁶¹ Parmele A. Op cit

⁶² Figueiredo, W. Op. cit. "diente natal"

⁶³ Ib. "dientes neonatales"

⁶⁴ Ib. p. 35.

⁶⁵ Ib. p.82.



- Segundos molares: 20 – 30 meses.

Según el doctor Walter de Figueiredo para comprender el establecimiento de la oclusión a través de la erupción, divide a esta en 4 momentos⁶⁶

1° momento

La primera relación dental se da con la formación de la relación incisal (la erupción de los dos grupos de incisivos) durante el primer año de vida, se establece el Over-Jet y Over- Bite.

En cuanto al aspecto numérico para el sentido horizontal y vertical poseen valores mayores en la primera dentición y valores menores en la segunda dentición en una condición ideal.

Durante la erupción de los incisivos, la lengua tiene una posición más posterior y el bebé cambia su hábito alimenticio, en donde se disminuye la fase de succión y se inicia la de masticación.



Fig. 17⁶⁷

2° momento: Durante éste ocurre la erupción de los primeros molares instaurándose el primer pilar de la oclusión, así mismo la lengua se retira de

⁶⁶ Ib. p.35.

⁶⁷ Ib. "1° momento de erupción."



los rodets gingivales para colocarse definitivamente en la porción posterior de la cavidad bucal.

En este periodo se considera que el niño está apto para el proceso de masticación y se termina con la fase de succión (que era exclusiva).



Fig. 18⁶⁸.

3° momento: Se efectúa la erupción de los caninos estableciéndose la relación entre superficies distales que se denomina "llave canina"; se clasifica como llave de clase I cuando tiene valores de 2 a 3 mm. Cuando es menor a 2 mm se clasifica como llave de clase II y cuando tiene valor mayor de 3 mm será una llave clase III.



Fig. 19.⁶⁹

4° momento: En éste existe la erupción de los segundos molares, se completa la dentición por arco (10 dientes por arcada) y la función de masticación está plenamente desarrollada.



Fig. 20.⁷⁰

⁶⁸ Hubertus, J. Atlas de Odontología Pediátrica. "2° momento de erupción". Ed. Masson, Barcelona

⁶⁹ Ib. "3° momento de erupción"



Se establece la relación distal de los arcos a partir de la superficie distal de los segundos molares superiores e inferiores.

Según Baume (1950), el plano terminal puede ser recto o vertical, escalón mesial, escalón mesial exagerado y escalón distal y cada uno va a determinar la futura clase Angle en la segunda dentición.⁷¹



Escalón vertical Escalón mesial Escalón distal

Lo antes mencionado nos da características propias en los arcos en la primera dentición. Debido a la implantación dentaria prácticamente vertical no existe curva de Wilson ni de Spee, los arcos pueden presentar espacios entre los dientes para compensar las diferencias del diámetro mesiodistal de los dientes de la segunda dentición; lo anterior junto con el crecimiento transversal determina el espacio para la alineación de los futuros incisivos permanentes.

De lo anterior encontramos los espacios primates: En el arco superior se localiza entre la superficie distal del incisivo lateral y mesial del canino. En el arco inferior, se localiza entre la cara distal del canino y la cara mesial del primer molar. Para considerar ambos espacios cada uno debe medir más de 0.5 mm.⁷²

⁷⁰ Ib.

⁷¹ Figueiredo W. op cit p.36

⁷² Ib.



También encontramos espacios interdentarios: Son pequeños espacios entre diente y diente que se encuentran de manera general en los arcos. De acuerdo a Baume cuando un arco cuenta con dichos espacios lo denomina arco tipo I y arco tipo II cuando no tiene éstos espacios.⁷³

Los arcos tipo I tienden a proporcionar espacio para la alineación futura de los incisivos mientras que los de tipo II serán arcos con alineamiento pobre y tendencia al apiñamiento dental.



Todos estos puntos son indispensables darlos a conocer a los padres, para que puedan ayudar a sus hijos en todos los aspectos de prevención y lograr eliminar su angustia ante la idea que tienen de dañarlos cuando realizan una simple higiene o que pasen por desapercibido, todos los cambios que suceden. En la boca como es el establecimiento completo de la 1ra dentición.

⁷³ Ib. p.37.



4. FOLLETO EDUCATIVO

Por todos los puntos que se han estado manejando en los capítulos anteriores de cubrir las necesidades de los padres de familia para cambiar su conducta así como su conocimiento sobre las características normales de la boca de sus bebés. Elaboramos un folleto como herramienta educativa para plasmar dicha información.

Según Ander. lo define como un medio de comunicación de tipo impreso ilustrado que es utilizado para desarrollar en forma sintética consejos y recomendaciones en materia de salud. Existen dos presentaciones que nos reportan la literatura los plegables y los engrapados⁷⁴

Para la elaboración de un folleto ilustrado lo importante es el tema, que se plasmará en un texto breve para indicar de forma precisa la idea y comportamiento que se quiere resaltar para posteriormente agregarle las imágenes que deben estar relacionadas con el texto que ilustran. Teniendo en cuenta que la mayoría de la gente prefiere una información sintética, el folleto ilustrado es un medio de comunicación muy eficiente y utilizado para la educación popular.

Dentro de sus utilidades tenemos que sirve para informar, anunciar, promover, explicar, educar, así mismo, como recurso didáctico puede llegar a gran número de personas por lo que su uso tiene relativa durabilidad.⁷⁵

⁷⁴ Op.cit. p.59

⁷⁵ Palomas S. Del pizarrón al video. Manual de medios de comunicación Méx-Fam. p.55



El folleto puede tener diversas formas de distribución, según el fin que se persiga y la necesidad de comprobar o no la eficacia de su lectura. Se puede distribuir en forma selectiva y orientada a una población con la que se tiene un contacto frecuente (escuelas, grupos comunitarios, centros de salud), de esta forma es posible evaluar en algunos aspectos la eficacia de su lectura y la comprensión del texto. También se puede distribuir de una forma masiva pero será difícil su evaluación.⁷⁶

Por lo que para poder transmitir un mensaje de acuerdo con Ander, se deben tener en consideración las siguientes preguntas, que nos ayudarán a realizar un folleto y son:⁷⁷

1- ¿Qué voy a comunicar?

Siempre se parte de un interés o de alguna necesidad en la población que genera un tema o mensaje. En ésta tesis, el mensaje o tema a transmitir es sobre los cambios por los que pasa la cavidad oral del bebé desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. Tomando como punto de referencia los cuatro momentos que propone el Doctor Walter debido a que es una forma didáctica para el propósito de este trabajo.

2- ¿A quién voy a comunicar?

La información debe estar dirigida a la población o comunidad que se pretende cubrir, tomando en consideración su status sociocultural, la edad, sexo, procedencia, condición social, situación económica media, profesión u ocupación de la mayoría, nivel cultural medio, aficiones, mentalidad, religión, costumbres, modo de vida, etc., de la comunidad que se pretende informar o cubrir para lograr transmitir de forma eficiente el mensaje. En base a los

⁷⁶ Ib. p.55,56.

⁷⁷ Ander E. Op. cit. p.52,53



puntos anteriores, el sector al que pretendemos transmitir la información serán los padres que asistan a las clínicas de nuestra facultad, dando más énfasis en aquellas parejas jóvenes o padres con niños preescolares o en periodo de lactancia.

También hay que tomar en consideración el lenguaje que se va a utilizar para una mejor comprensión del mensaje, ya que no es lo mismo transmitir mensajes a grupos de niños que a adultos.

3. ¿Cómo lo voy a comunicar?

Se refiere a los medios que se van a utilizar para difundir el mensaje que vamos a transmitir, en este caso es con la ayuda de un medio impreso que es el folleto ilustrado.

4. ¿Para qué voy a comunicar?

Teniendo en cuenta los problemas que existen respecto a los altos índices de caries, traumatismos, alteraciones del desarrollo, maloclusiones, etc.; a edades tempranas así como de la falta de información sobre aspectos odontológicos para el bebé, proponemos que al dar información a través del folleto educaremos a los padres, despertando su interés hacia el bienestar de sus bebés y así cubrir los objetivos que busca la educación para la salud. Se espera que tengan un cambio en su conducta con un consecuente aprendizaje y que dicha conducta permanezca. Proceso que se pudiera ver reflejado si cambian su proceder en sus hijos; lo cual se espera observar con la asistencia de padres que lleven a sus hijos o bebés a las clínicas.

Partiendo de lo anterior pretendemos brindarle un estado de bienestar oral al lactante tratando de modificar los conceptos erróneos o



desconocimiento que tienen los padres sobre la odontología para el bebé como serían:

- Ayudarlos a eliminar el miedo que les pueda provocar el hecho de meter sus dedos a la cavidad oral de su bebé con el objeto de realizarles la limpieza necesaria.
- Educarlos de tal manera que acepten que los bebés deben de recibir atención odontológica en aspectos preventivos.
- Una vez que logren reconocer las condiciones normales de la cavidad oral de su bebés, puedan diferenciar cuando éstos tengan restos de comida por una higiene deficiente o bien cualquier alteración patológica como malformaciones, infecciones, heridas, entre otras.
- Al contener nuestro folleto información sobre los cambios que ocurren desde el nacimiento hasta los tres años de edad, los padres sean capaces de detectar los cambios por los que tiene que atravesar el bebé durante el proceso de crecimiento y desarrollo.

4.1 Elaboración del folleto ilustrado

Para su elaboración, requiere de una planeación que consta de tres etapas:⁷⁸

- a) Estructura y redacción del texto.
- b) Ilustración, diseño y confección o impresión.
- c) Distribución.

a) Estructura del folleto:⁷⁹

Considerando que el título del folleto debe ser atractivo para despertar el interés en la comunidad, proponemos el siguiente título: "Sabes como cambia

⁷⁸ Palomas S. Op. cit. p.56.

⁷⁹ Ander, E. Op.cit. p.54.



la boca de tu bebé..... Del nacimiento a los tres años". Una vez definido el tema, decidido el título que se plasmará en el documento, el destinatario y el propósito, la estructura más simple es la siguiente:

- **Introducción:** Cumple la función de orientar y situar al lector en el tema a desarrollar. Dice de qué se trata el folleto y para qué le puede servir a quien lo lee, estar informado de su contenido. Hablamos con un lenguaje sencillo y coloquial sobre las características que encuentran al observar detenidamente la boca de sus bebés, como la presencia de frenillos y rodetes.
- **Desarrollo o “cuerpo” del texto:** Contiene la información básica, ordenada en subtemas, según convenga a la exposición más clara y precisa. Sin perder la unidad del tema, el lector tiene que avanzar “paso a paso” en el conocimiento del mismo.⁸⁰ Los títulos tienen gran importancia, ya que anticipan lo que se va a leer y lo relacionan con lo ya leído.

Al ser una amplia información, se elaboran párrafos pequeños en donde define cada estructura y se lleva paso a paso la explicación para que los lectores relacionen el concepto con las imágenes.

- **Conclusión o resumen final:** Es el momento de señalar con énfasis la esencia del mensaje central del folleto y el sentido que tiene para el lector actuar de determinada manera. El cierre debe ser alentador y dar confianza según el tema que se trate.

⁸⁰ Palomas, S. Op. cit. p.56.



En nuestro material damos énfasis a que al educar sobre lo que sucede del nacimiento a los tres años se puede realizar la prevención.

- **Redacción:** Ésta toma en consideración los aspectos relacionados al lenguaje popular, mismos que describimos en el apartado de comunicación y además se tienen que tomar en consideración que:
 - El folleto no debe ser muy extenso; de lo contrario no se lee o no se lee completo.
 - No recargar el folleto de texto no significativo o ilustraciones sin relación para que sea más legible y atractivo.
 - No olvidar colocar los títulos ya que son muy importantes.

b) Ilustración

Incluye dibujos, fotografías, gráficos, cuadros estadísticos, etc; que junto con el texto escrito, informan al lector y desarrollan el tema. Lo importante es saber escoger cada ilustración y el lugar más oportuno para ubicarla, estas deben ser simples y de fácil comprensión.⁸¹

- **Diseño y Diagramación:** Así tenemos que diseñar es organizar en una superficie dada, la composición y disposición de elementos (textos, dibujos, fotos, títulos, espacios blancos) de una manera total que, además de causar un efecto visual placentero <<invita>> a leer y ayuda a entender.⁸²

⁸¹ Ib. p.57.

⁸² Ander E. Op. cit. p.54.



Existen dos pautas básicas para la diagramación de un periódico, que son válidas para un folleto y son:

- La visibilidad y legibilidad.
- La composición y proporción.

Otros aspectos relevantes y a tomar en cuenta son: el tipo de letras y el color. Respecto al uso del color para realizar una presentación atractiva del folleto se recomienda el uso de tres tintas para su impresión.

Además no hay que olvidar que los títulos no siempre se ponen al centro y que un título, o primera línea de un párrafo nunca debe comenzar en la última línea de una página.

Por todo lo mencionado anteriormente se muestra un ejemplo de folleto⁸³



En el anexo presentamos el folleto en donde plasmamos el tema que da origen a nuestro trabajo apoyándonos en todos los principios de la educación para la salud.

⁸³ El folleto es de la Universidad de Londrina de la Clínica de Bebés.



c) Distribución

Aquí se ven todas las posibilidades de cómo va a quedar acomodada la información de tal manera que no se pierdan las ideas principales que se pretenden transmitir.

4.2 Ventajas del folleto respecto a otros medios⁸⁴

En comparación con la televisión, los volantes, el periódico entre otros, encontramos los siguientes puntos:

- Su costo de producción por unidad es más bajo que otros medios y su elaboración no requiere demasiado tiempo.
- Tiene una gran versatilidad ya que se adapta a diferentes fines y a diferentes tipos de públicos.
- Es un recurso didáctico que permite llegar a un gran número de personas y posibilita su uso con relativa permanencia.
- La asimilación del mensaje o información se adapta al ritmo de cada individuo.

4.3 Desventajas del folleto

- Sólo puede utilizarse con personas alfabetizadas.
- Su uso es muy impersonal
- Exige una distribución eficiente, (para nuestro propósito que llegue a los padres) y sólo es útil si efectivamente es utilizado y comprendido por los receptores.

⁸⁴ Ib. p52



5. CONCLUSIONES

En México, la falta de información en la mayoría de la población, así como falta de formación de equipos de trabajo con otros especialistas del área de salud como Pediatras, Médicos Generales, Anestesiólogos, Enfermeras, entre otros, ha hecho difícil llevar a cabo la transmisión de información correcta respecto a la odontología para el bebé.

Sin embargo, al querer fomentar una educación para la salud oral en bebés, dirigida a los padres de familia, encontramos que pretendemos evitar procesos patológicos, llámese caries, traumatismos, maloclusiones, hábitos, etc., y si se presenta alguna alteración oral ellos sabrán que su primera opción con quién acudir sería con un Odontopediatra.

Si se desea lograr que la situación de la población mejore tenemos que modificar su conducta y que ésta a su vez sea precedida. Destacando que el cambio de conducta debe empezar por nosotros por ser parte del equipo de la salud, y así motivar a que la población que queremos educar realice dichos cambios.

Así mismo, al apoyarnos de un medio de comunicación impreso como lo es el folleto educativo, podríamos correr el riesgo de caer en las limitaciones por su forma de distribución y probablemente no podremos evaluar el impacto que tiene en los padres de familia a corto plazo, por lo que consideramos que para su seguimiento se pueda proponer una línea de investigación para establecer un segundo contacto con los padres de familia y a su vez indagar si se crea interés por obtener más información relacionada a la odontología para el bebé o incluso un cambio en la conducta. Ya que esto demuestra el concepto que al educar se previene y que se previene educando.



6 .BIBLIOGRAFÍA

- Ander, E. Los medios de comunicación al servicio de la educación. Buenos Aires: Magisterio del río de la Ag, 1992. pp.143.
- Comunicación y Educación. "El Proceso Didáctico como proceso de comunicación" <http://tecnologiaedu.us.es/bibliovir/pdf/316.pdf>.
- Díaz, R. "*Examen estomatológico en el recién nacido*" (ADM) XVI/5 Sep-Oct.1985, pp. 262.
- Greene, W., Simona, B. Educación para la salud. Ed. Interamerica Mc Graw-Hill, México 1988, pp. 465.
- Higashida, B. Odontología Preventiva. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México 2000, pp. 304.
- Haupt, M. "*A Dental Home by Age One*" Pediatric Dentistry, 2003,V.5(4) pp.323.
- Hubertus, J. Atlas de Odontología Pediátrica. Ed. Masson, Barcelona 202. pp. 388
- Katz S. Odontología Preventiva en Acción. Ed, Panamericana, México 1991, pp.375.
- Laskaris, G. Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes. Ed. AMOLCA, Colombia 2001, pp. 338.
- "Lenguaje y Comunicación". Capítulo 2. <http://pdf.rincóndelvago/elprocesode-comunicación.html> pp. 7.
- Mahler H. Educación para la Salud Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. OMS, Ginebra 1989. pp. 75.
- Ortiz M. "*Odontología para bebés y/o estomatología pediátrica y del recién nacido*" Boletín de la ADM, Nov- Dic 2003. pp. 8.
- Palomas S. Del pizarrón al video. Manual de medios de comunicación Méx-Fam. pp.134.



- Parmele A. "*The mouth of the newborn*". Pediatric Dentistry 1991, V15 (2), pp. 108. Department of Pedodontics. University of Indianapolis USA. 1970
- Pereira, en De Figueiredo W., Ferelle, A., Issao, M. Odontología para el Bebé, Editorial AMOLCA, Colombia, 2000, pp.246
- Rochon A. Educación para la salud. Guía practica para realizar un proyecto. Ed. Masson, Barcelona 1996 p.381.
- Rodríguez A. B. Et al. "*Encuesta sobre el conocimiento del cuidado de la salud bucal infantil en un grupo de pediatras y médicos generales de la ciudad de México*" División de Estudios de Posgrado e Investigación. Julio- Diciembre 200 Año 4 número 15-16 pp.67.
- Shein, B, Tsamtsouris, A. "*Self reported compliance and the effectiveness of prenatal dental education*" The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. V.15(2)1991. pp.108
- Weiss, P, et.al "*Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home*" Pediatric Dentistry, 2003, V.111 (5) pp. 1116.



ANEXO

Sabes como cambia la boca de tu bebé

Del nacimiento.....



....a los 3 años de edad....



¿Sabías que la primera revisión odontológica de tu bebé es a los 4 meses de edad?



Para que ayudes a tu bebé en éste periodo de crecimiento además de los cuidados después de nacer o la lactancia, también es importante la higiene y la salud oral, incluyendo la 1ª visita al dentista especialista en niños (Odontopediatra).

¡Si!

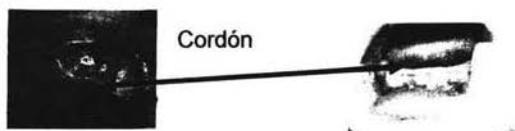
Un bebé debe ser revisado de su boca para darte información adecuada, pero antes debes conocer su boca por fuera y por dentro, **no debes temer** al revisarlo con tus manos limpias.

Empieza tocando sus labios, en el de arriba verás que a la mitad está una zona gordita (le ayuda a succionar (a)), que aumenta de tamaño cuando lo alimentas (biberón o mamila) y si la frota verás que abre su boca dejándote ver lo que existe adentro y así facilitarte su limpieza.

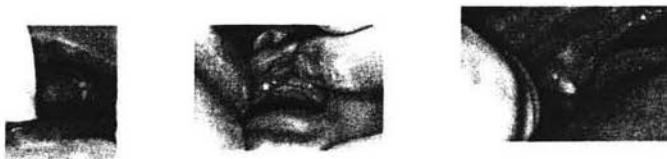




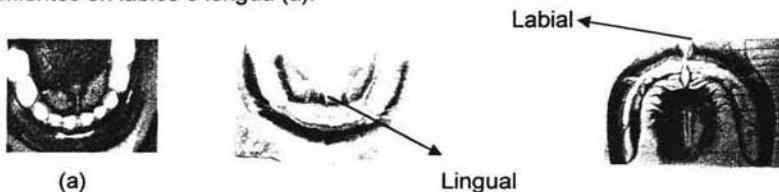
bebé tiene dos áreas grandes cubiertas de encía que se denominan "rodetes" uno arriba y otro abajo. Y si los tocas con tu dedo, en el centro de cada uno, sentirás un filo como cordón



En algunos bebés podemos encontrar en los rodetes unas "perlititas" que al tocarlas se sienten duras y firmes, **no las confundas con dientes**, es tejido duro que desaparecerá, no te angusties.



Podrás ver unos pliegues de tejido que funcionan como ligas y éstos sirven para unir los labios con las encías, que dependiendo de donde estén se llaman labial, lateral o lingual. Es importante que los observes ya que si son muy cortos limitan los movimientos en labios o lengua (a).



Y su lengua, (es color rosa pálido), con la encía y los labios, trabajan en conjunto para que tu bebé se alimente y a su vez favorezca su crecimiento por lo tanto, debes mantenerlas limpias para recibir a los "dientes nuevos" en las mejores condiciones de salud.



Lengua limpia



Lengua sucia



¿Y el brote de los dientes cuando empieza?

Para que te sea más fácil conocerla, esta se presenta en 4 periodos:

El 1° se da de los 6 a los 12 meses de edad, aquí aparecen los 8 dientes de enfrente, (4 abajo y 4 arriba), con ellos tu bebé ya puede cortar trocitos de alimento.



El 2° se da de los 12 a los 16 meses, salen sus primeras muelas, (2 abajo y 2 arriba), en éste momento puede comenzar a masticar.



En el 3° salen sus "colmillos" que serán 4 en total, esto sucede de los 16 a los 20 meses, le van a ayudar durante su alimentación para desgarrar alimentos



Finalmente en el 4° salen las segundas muelas, (2 abajo y 2 arriba), de los 20 a los 30 meses de edad, completándose así un total de 20 dientes (10 arriba y 10 abajo). Así tu bebé podrá masticar completamente sin ningún problema. Y su desarrollo y crecimiento seguirá avanzando para el establecimiento de la dentición de adulto.



Si tu le ayudas durante todo este proceso de crecimiento y lo traes a revisión dental podrás evitar algún problema que de cómo resultado consecuencias como caries, que te des cuenta si le sobran o le faltan dientes o que este existiendo un cambio anormal.



Ya que hay bebés que nacen con alteraciones en boca como: labio fisurado, paladar hendido, que nacen con dientes; no consideres esto como únicos motivos para que visites al dentista.



Como puedes darte cuenta, además de las visitas con el Pediatra, debes buscar información con el odontólogo especialista en niños (Odontopediatra), que te ayudará a que tu pequeño pase por todo este proceso de crecimiento con salud dental y evitar que llegue a éste tipo de situaciones:



Infórmate, resuelve tus dudas, esta en tus manos cambiar tu actitud con respecto a la calidad de salud que quieres darle a tu bebé.

“NO ESPERES A QUE TENGA SUS DIENTES COMO LA IMAGEN ANTERIOR PARA QUE LO LLEVES A UNA REVISIÓN”

Busca apoyo e información en las clínicas de Odontopediatría de nuestra Facultad de Odontología.

Elaborado por: Ana Laura Méndez Hernández.

Directora: C.D Blanca Estela Hernández Ramírez

Seminario de titulación de Odontopediatría.