



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EL CARTEL COMO ESTRATEGIA DE
INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LOS
PRIMEROS CUIDADOS BUCALES DEL
BEBÉ DIRIGIDO A LOS PADRES**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

LYDIA RUEDA RAMÍREZ

DIRECTOR:
MTRO. VICTOR MANUEL DÍAZ MICHEL

MÉXICO D. F.

MAYO 2006



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.

A MIS PADRES Y A MI HERMANO:

Les agradezco todo lo que han hecho por mi, por su educación y cariño; porque sin ustedes yo no sería lo que soy ahora.

ISRAEL:

Te agradezco todo lo que haz hecho por mi; ya que sin tu ayuda no lo hubiera logrado

NANCY:

Gracias por apoyarme, por ser como eres, por estar siempre en los momentos más importantes en mi vida, te quiero mucho.

ERICK:

Gracias por ser mi amigo, por aguantarme, por quererme, por apoyarme y por estar conmigo cuando más lo necesito, te quiero mucho.

LUPITA:

Te agradezco todos estos años, por estar conmigo y por tus consejos. Eres una persona muy especial. Gracias por tu amistad.

A TODOS MIS AMIGOS

Israel, Josefina, Tonatiuh, Yazmín

Hugo, Evaristo, Erendira, David, Arturo

Alejandro, Alicia, Arturo, Joel, Vania

Lizeth, Karla, Cinthia, Ariadna

Angélica, Armando, Carlos, Diana, Rosalía

Por darme grandes momentos de felicidad y alegría en mi vida, sin ustedes mi vida sería muy aburrida; los quiero mucho, nunca los olvidare.

ÍNDICE

1. OBJETIVOS	4
1.1 Objetivo general	4
1.2 Objetivos específicos	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. ANTECEDENTES	7
4. MARCO TEÓRICO	14
4.1 Características generales del bebé	14
4.1.1 <i>Características físicas</i>	14
4.1.2 <i>Características psicológicas</i>	18
4.1.3 <i>Características sociales</i>	23
4.2 Primera visita al odontopediatra	25
4.3 Higiene oral del bebé	27
4.4 Dieta	29
4.4.1 <i>La utilización del biberón y la caries</i>	31
4.4.2 <i>Dieta y saliva</i>	32
4.4.3 <i>Microbiota bucal</i>	33
4.4.4 <i>Medicamentos que contienen azúcar y su relación con la caries</i>	34
4.4.5 <i>Métodos de evaluación dietética para la primera infancia</i>	34
4.5 Hábitos	37
5. CONCLUSIONES	39
6. BIBLIOGRAFÍA	40

EL CARTEL COMO ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LOS PRIMEROS CUIDADOS DEL BEBÉ DIRIGIDO A LOS PADRES

1. OBJETIVO

1.1 Objetivo general

Elaborar un cartel como una estrategia de información relacionada con los primeros cuidados bucales del bebé orientado a padres.

1.2 Objetivos específicos

- Enseñar a los padres por medio de un cartel como se debe realizar la higiene bucal del bebé
- Mostrar los daños que provocan el uso prolongado del biberón
- Informar a los padres una dieta adecuada para el bebé

2. INTRODUCCIÓN

El cartel con el paso del tiempo ha conseguido establecerse como un medio de comunicación para la gente que necesita dar a conocer un servicio de salud; si este medio lleva las características artísticas y comunicativas necesarias, se convierte en un gran medio de información.

Una de las satisfacciones de ejercer la odontología es el observar como madura y crece un bebé para llegar a ser un adulto sano. El odontólogo no solo contribuye de esta forma a la salud bucal de estos pacientes a nivel individual, sino a la higiene bucal de toda la comunidad. Cuando el odontólogo dirige su mirada a la comunidad, puede observar numerosas oportunidades para fomentar la salud bucal de la población con esfuerzos de salud pública dental que se llevan a cabo para el beneficio del infante.

La educación como primera instancia debe ser transmitida por los padres, por lo tanto, hay que concientizarlos acerca de los primeros cuidados que debe tener su bebé para tener un buen hábito de higiene oral durante toda la vida.

Para que esta educación sea eficiente, es necesario cambiar el comportamiento de la población en relación a la prevención y no al tratamiento.

Cuando se habla de atender bebés, la población se extraña e inicialmente piensa que el niño no tienen problemas y solo debe acudir al odontopediatra cuando presente dolor. Por lo tanto se debe enfatizar de los beneficios que se obtienen al tener una buena educación y hábitos de higiene oral.

Es importante que todos los odontopediatras comprendan que el estado de la salud bucal y las necesidades de los infantes que reciben atención en la práctica privada no va a representar a todos los niños de la comunidad. Por lo tanto, es importante fomentar la salud bucodental dentro de la comunidad por medio de medios informativos, llevando a cabo algunas de las actividades para el fomento de la salud se debe en escuelas, clínicas, dispensarios, centros de salud, hospitales.

3. ANTECEDENTES

El Cartel o Póster, es un medio de comunicación que durante años ha venido participando en las diferentes épocas y sociedades del mundo ocupando un lugar destacado como un medio de difusión y persuasión para temas determinados.

Es de gran formato, impreso con anuncios o avisos, producido de forma masiva para su exhibición en público. Esta compuesta de imágenes y una breve explicación acerca del tema que se va a tratar. Normalmente, tienen fines comerciales (anunciar productos o publicar acontecimientos), pero también pueden ser recomendaciones de educación pública, instrumentos de propaganda o meras obras de arte sin un mensaje particular. Las medidas van de 1.20 x 1.60m. o 1 x 1.50m.¹

Los carteles nacieron en el siglo XV con la invención de la imprenta. Los primeros, que generalmente no iban ilustrados, daban aviso de proclamaciones reales, decretos municipales, ferias y mercados y, en algunos casos, anunciaban libros. En los siglos siguientes a veces estaban ilustrados con pequeños grabados a fibra, pero su producción no era fácil por lo que no eran muy comunes. Los pósteres no empezaron a tener su aspecto actual hasta el siglo XIX.

Hacia 1800 se produjeron dos acontecimientos que dieron lugar a la era moderna del cartel. Uno de ellos fue el inicio de la industrialización a gran escala, que generó la necesidad de una publicidad extensiva. El otro fue el invento, en 1798, de un nuevo método de impresión, la litografía, que hacía mucho más fácil la ilustración de carteles en color. El auge de la producción de pósteres tuvo lugar durante la primera mitad del siglo XIX, pues se utilizaron para anunciar una amplia gama de productos y de

servicios. También por esa época aparecieron los primeros carteles teatrales, generalmente con ilustraciones realistas de escenas de las obras, óperas o espectáculos que anunciaban.

En 1867, el francés Jules Chéret realizó un cartel anunciador de una representación teatral y a partir de ese momento el arte del cartel empezó a hacer gala de todas sus posibilidades. Chéret fue el primer artista moderno de carteles y revolucionó su apariencia dando el papel preponderante a la ilustración, que hasta entonces estaba subordinada al texto, y dejando para éste una función explicativa, relativamente menos importante.

Los métodos de Chéret se extendieron rápidamente a Europa y a América y, aplicados tanto a los carteles teatrales como a los de publicidad de productos comerciales, dieron lugar a un arte del cartel, visualmente encantador, que apelaba directamente a los sentidos y resultaba comprensible también para los analfabetos.

Esta nueva vitalidad en el arte del cartel atrajo hacia el género a numerosos artistas conocidos, alcanzando su punto culminante en la década de 1890, con las innovaciones introducidas por algunos representantes del Art Nouveau y por los pintores franceses Henri de Toulouse-Lautrec y Pierre Bonnard.

Toulouse-Lautrec, uno de los cartelistas más destacados del siglo XIX, introdujo importantes cambios en su contenido y en su estilo artístico. Abandonó el impresionismo lírico de los estilos precedentes para utilizar grandes zonas de colores lisos, técnica tomada de los grabados japoneses. Las figuras femeninas idealizadas de las épocas anteriores fueron sustituidas por personas reales, se redujo la importancia del texto,

obligando al espectador a concentrar su atención en el aspecto pictórico del cartel.

Los representantes del Art Nouveau introdujeron un estilo pictórico alternativo al de Toulouse-Lautrec, creando carteles de imágenes exóticas y estilizadas por medio de líneas fluidas y de elegantes formas alargadas. Entre los artistas de carteles estilo Art Nouveau más representativos se encuentran el inglés Aubrey Beardsley, el francés Alphonse Mucha, el belga Henri van de Velde, las hermanas escocesas Frances y Margaret MacDonald, el estadounidense Will Bradley, el austriaco Gustav Klimt y el holandés Jan Toorop. Van de Velde.

Bonnard en 1884 introdujo una importante innovación en esta modalidad artística, en el cual utilizó el texto como parte integral de la ilustración, entrelazando las letras con el dibujo y empleando como fondo palabras en caracteres muy pequeños. Este nuevo estilo ejerció un efecto vigorizante sobre el posterior diseño de carteles que duró hasta bien entrado el siglo XX.

Durante la I Guerra Mundial en 1914, el arte del cartel experimentó un cambio radical. Los pósteres pasaron a ser instrumentos de propaganda y se utilizaron también para llamar a filas y para vender bonos de guerra. Comparándolos con los estilos anteriores, resultaban artísticamente toscos, pero con un mensaje contundente.

Durante las décadas de 1920 y 1930, los carteles reflejaron numerosas influencias: cubismo, surrealismo, dadaísmo y Art Déco, entre otras. Entre los artistas del género se encontraban los franceses Cassandre (nombre profesional de Adolphe Mouron, 1901-1968) y Jean Carlu, y el estadounidense E. McKnight Kauffer. Durante esos años se

generalizaron dos nuevos tipos de cartel, el de cine y el de viajes. El éxito alcanzado por el cine mudo y, después de 1929, por el cine sonoro, acarrió un enorme aumento en la producción de carteles cinematográficos.

En los años veinte y treinta alcanzaron también gran importancia los carteles no comerciales realizados por artistas, sobre todo en Alemania y en Rusia. Los dadaístas John Heartfield, George Grosz y El Lissitzky, experimentaron con carteles fotográficos, haciendo complejos fotomontajes con fragmentos de diferentes fotografías. La escuela alemana de la Bauhaus, en Weimar, Dessau y Berlín, fue la pionera en crear nuevas formas de arte gráfico, integrando el texto del póster en el dibujo y utilizando, en algunos casos, las palabras o las letras para componer todo el dibujo. La obra del artista estadounidense, austriaco de nacimiento, Herbert Bayer situó el dibujo gráfico de carteles en un nivel de refinamiento no igualado hasta la década de 1960.

Durante la II Guerra Mundial aparecieron carteles de la posguerra se adaptaron y refinaron las tendencias anteriores. Pintores como los españoles Pablo Picasso y Salvador Dalí, el francés Henri Matisse, el suizo Max Bill y el estadounidense Roy Lichtenstein, realizaron carteles, de la misma forma que los artistas gráficos de Estados Unidos Peter Max, Milton Glaser y Tomi Ungerer. En Latinoamérica destaca la escuela cubana, que desarrolló un estilo propio, encabezado por el diseñador gráfico Félix Beltrán.

Conforme ha pasado el tiempo la tecnología y los recursos materiales se han modernizando provocando que este medio tome rumbos de calidad informativa y visual importantes.²

Evolución del cartel en la historia



Cartel de estilo modernista (1800) de Ramón Casas. En la actualidad se conserva en el Museu d'Art Modern de Barcelona.

Fuente: enciclopedia encarta

Fuente: enciclopedia encarta

El francés Jules Chéret revolucionó el arte del cartelismo durante la segunda mitad del siglo XIX al dar un papel preponderante a la ilustración por encima del texto. Diseñado en 1890, participa de la estética estilizada y decorativa del arte de finales de siglo.



El fotomontaje es una de las técnicas más empleadas en el diseño de carteles, especialmente durante las primeras décadas del siglo XX, años en los que tendencias artísticas como el constructivismo ejercieron gran influencia en este arte.

Fuente: enciclopedia encarta



Fuente: enciclopedia encarta



Cartel republicano que se desarrolló durante la Guerra Civil española, en el cual destaca Josep Renau. Desde su cargo de director general de Bellas Artes ejerció una importante labor de propaganda política con carteles como el de la imagen.



Carteles impresos por la organización anarquista Confederación Nacional del Trabajo (CNT) durante la Guerra Civil española (1936-1939), con el objeto de servir de instrumento de propaganda y ayudar a los fines de las fuerzas leales al gobierno republicano. El cartelismo bélico ha servido también, como es el caso que contemplamos, para difundir las manifestaciones artísticas.

Fuente: enciclopedia encarta

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Características generales del bebé

Un bebé es un ser en desarrollo físico, psíquico y social que recibe influencias natas y adquiridas, que contribuirán a la maduración de las funciones básicas iniciales y fundamentales para la supervivencia, adaptación y para la ejecución de las funciones de maduración y del aprendizaje.²

Las funciones de maduración, son los procesos orgánicos o modificaciones estructurales que, suceden en el cuerpo del individuo, son relativamente independientes de las condiciones, experiencias o práctica del medio externo. Por maduración se entiende, el desarrollo de un organismo en función del tiempo o edad, así, nadie aprende y/o ejecuta alguna cosa sin que esté preparado para eso.³

Las funciones de aprendizaje son los procesos por el cual una actividad es originada o alterada a través de entrenamiento. Se concluye que una función de maduración es esencial para la función de aprendizaje, siendo importante destacar, que la motivación también lo es, y esta nada más es que del predisponer el individuo a recibir determinada actividad.⁴

4.1.1 Características físicas

El recién nacido es un ser indefenso, con movimientos incoordinados, sensorialmente inmaduro. Sin embargo, en muy poco tiempo pondrá a prueba todos sus sistemas para adaptarse al nuevo ambiente. Se ha comprobado que puede ver, enfocar y seguir con los ojos

a su madre que se mueve. A las dos semanas puede distinguir y preferir la cara y olor de su madre, o buscar el sonido de la voz humana. En general sus habilidades de percepción están mucho más avanzadas que sus destrezas motoras.^{4,23}

Los sentidos que se desarrollan en el bebé son:

- El oído está perfectamente organizado y desarrollado desde antes del nacimiento, escuchando las voces de sus padres, desde que está en el útero. Al nacer, empieza a distinguir toda clase de sonidos, los ruidos fuertes lo asustan la voz suave lo calma. Existe evidencia de que los bebés responden más positivamente a la voz humana que a cualquier otro estímulo auditivo. Esta preferencia por la voz humana aumenta en los primeros cuatro meses de vida.
- La visión a los dos meses de edad, los infantes prestan más atención al estímulo visual y hasta pueden seguir con la mirada el movimiento de ciertos objetos. A los 2 meses puede seguir el movimiento de un objeto. A los 4 meses distingue colores. Al comenzar a moverse aprecia las cosas en forma tridimensional.
- El olfato. Se comprobó que los recién nacidos tienen un agudo sentido del olfato. Dentro de los primeros días de vida, prefieren el olor de la madre, especialmente de la leche materna que ésta les proporciona, si le molesta un aroma notaremos una reacción de disgusto por parte del bebé.
- El gusto. Se comprobó que los bebés prefieren sabores dulces a sabores agrios o amargos. Además, los bebés demuestran tener una marcada preferencia por la leche materna y la lactancia, especialmente después de los primeros meses.
- El tacto. Durante los últimos meses del embarazo, el bebé permanece apretado en el útero, con las piernas y los brazos contraídos. Al nacer, los bebés de repente quedan expuestos a un mundo brillante y frío,

donde pueden mover los brazos y las piernas libremente manifestándola con movimientos bruscos y agitados.³

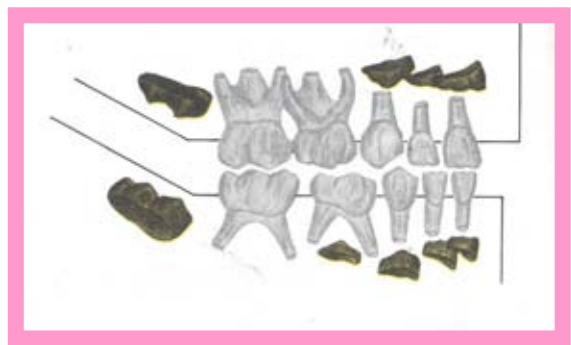
Las características bucales esta conformada por rodetes que presentan una superficie alveolar recubierta por una encía sólida y firme, que puede ejercer una función energética durante la alimentación y la exploración de objetos. El arco superior tiene forma de herradura y, aunque hay cambios en tamaño, la forma general es más o menos constante. El rodete maxilar está dividido en diez segmentos, separados por surcos de profundidad y detalle variables, correspondiente a los dientes. Los más notorios de estos segmentos corresponden a los incisivos, a los caninos y primeros molares.

El rodete inferior tiene una forma diferente, en <<U>> o rectangular, de modo que puede dividirse en una zona anterior (inicial) y dos laterales (molares), con los caninos en los ángulos. La parte inferior es comparativamente ancha. Los segmentos no están tan bien delimitados como en el rodete superior.

El crecimiento es acelerado durante los primeros seis meses, coincidiendo con el desarrollo dentario. Los dientes temporales, al principio se localizan rotados en sus criptas, se ubican, con el crecimiento óseo, en la posición que mostrarán al erupcionar por lo general sin rotaciones e, incluso, con espacios entre ellos. El crecimiento postnatal de la parte anterior de los maxilares, en dirección sagital y transversal, ocurre en los primeros meses, deteniéndose prácticamente a los ocho o doce meses, período en el cual queda determinado el espacio disponible para ubicar a toda la fórmula temporal, situación que en la gran mayoría de los casos permite la erupción sin problemas de todas estas piezas dentarias.³

La erupción del diente en la cavidad bucal, es un proceso donde el diente migra de su posición intragingival, involucrando en el proceso otros tejidos y otros mecanismos fisiológicos y no simplemente la aparición del diente en la cavidad bucal. Esta erupción comienza a ocurrir alrededor de los 6 meses de edad, generalmente por los incisivos inferiores. Dentro del primer año, generalmente, los cuatro incisivos inferiores y los cuatro superiores estarán erupcionados.

En este primer momento de erupción la aparición de una serie de sintomatologías. Los síntomas más frecuentes, son la salivación abundante, diarrea y el sueño agitado. Los síntomas de menor incidencia son: irritabilidad, erupción cutánea, fiebre, inapetencia, vómito, tos, etc.⁴



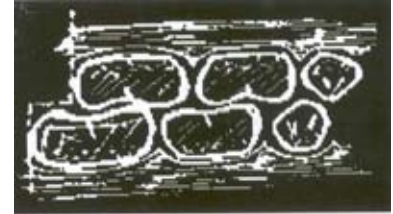
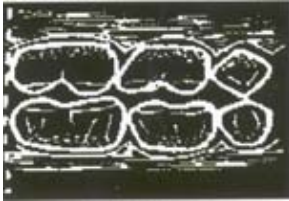
Fuente Esponda, Anatomía dental

Cronología de la erupción de dientes temporales.⁵

Diente	Edad	Diente	Edad
Central inferior	6 meses	Central superior	7 meses
Lateral inferior	7 meses	Lateral superior	9 meses
Canino inferior	16 meses	Canino superior	18 meses
Primer molar inferior	12 meses	Primer molar superior	14 meses
Segundo molar inferior	20 meses	Segundo molar superior	24 meses

A la oclusión en la dentición temporal se le denomina plano terminal, del cual existen 3 tipos⁵:

- Plano terminal recto o vertical
- Plano terminal con escalón mesial
- Plano terminal con escalón distal



Fuente: Esponda Anatomía dental

4.1.2 Características psicológicas

Rugless (1950), informa que un niño pasa por cuatro estadios de desarrollo:

- Estadio pre-salvaje: 0 a 2 años de edad
- Estadio salvaje: 3 a 7 años de edad.
- Estadio de barbarismo: 8 a 12 años de edad.
- Estadio primitivo de civilización: 13 a 16 años de edad.

En este estudio, nos interesa conocer el estadio pre-salvaje, dado que los demás están relacionados con una Odontopediatría convencional.

Estadio pre-salvaje: es aquel que va desde el nacimiento hasta los dos años de edad, donde el niño al nacer, presenta un mecanismo emocional pobre, no hay actividad del lóbulo frontal y él se encuentra en fase oral de desarrollo, donde la succión de las estructuras orales son fundamentales para su relación con el mundo. Su comportamiento es motivado en sentido

de supervivencia y la satisfacción de sus necesidades primarias tales como: hambre, sed, enojo, etc; este comportamiento es instintivo. Tanto la consciencia como la inteligencia están ausentes en las primeras etapas de este estado. El temperamento se inicia alrededor del 1° año y es un temperamento muy sensitivo, en el cual manifiestan sus gustos y preferencias. Es en este estado se inicia la Odontología para Bebés.⁴

Escobar (2004) describe que un niño presenta diferentes patrones de conducta. Al nacimiento presenta un mecanismo emocional pobre, sin o poca actividad del lóbulo frontal del cerebro. Es un niño dócil, de fácil manejo, necesita de la presencia materna para contactos más prolongados.

Los cambios y adaptaciones que presentará en los primeros días y semanas son de tal magnitud que desde una posición tendida, voluntariamente inmodificable, se convertirá en un individuo lleno de capacidades –capaz de exploraciones, emociones, de esfuerzos tenaces – que muestra desde temprano una personalidad que le ubica y define en su constelación familiar.³

El desarrollo conducta representa el proceso de crecimiento mental, la conexión a nivel central de patrones neurales cada vez más complejos. El organismo está haciendo continuamente cosas nuevas, reincorporando en una forma superior lo que antes había aprendido en un nivel más elemental.

Los desarrollos de conducta se describirán en cuatro áreas, que aíslan artificialmente diversos tipos de actividades que están en realidad íntimamente ligadas:

Área de conductas motrices. Se entiende a éstas como las reacciones posturales: manipulación, locomoción, coordinación general del cuerpo, y ciertas aptitudes motrices específicas.

Área de conducta adaptativa. Es una categoría que incluye todas aquellas adaptaciones de carácter perceptual, manual, verbal y de orientación, que reflejan la capacidad del niño para acomodarse a las nuevas experiencias y servirse de las pasadas. Incluye la inteligencia y diversas formas de constructividad y utilización.

Lenguaje. Abarca todas las formas de interacción con otros, incluyendo el soliloquio, la expresión dramática, la comunicación y la comprensión.^{3, 22}

- **1° Mes.** Emite sonidos guturales de carácter emocional. Continúa el llanto con valor comunicacional.
- **2° Mes.** Emite algunas vocalizaciones como a, e, o. Continúa comunicándose a través del llanto.
- **3° mes.** Da gritos de alegría según su humor, utiliza el lenguaje del cuerpo: se agita globalmente. Etapa del balbuceo (articulaciones laríngeas generadoras de sonidos vocálicos, posteriormente sonidos consonánticos combinándose con los vocálicos: ma, na, ga, ta). El balbuceo es la primera experiencia fonética, no imitativa, que irá abandonando progresivamente. Empieza a utilizar algunas consonantes: k, g, r (p, b, presentan mayor dificultad).
- **4° mes.** La calidad de voz mejora, presenta sensibles variedades de entonación. Balbucea, forma largas melodías por medio de sonidos vocales y consonánticos que asocia.
- **5° mes.** Es similar al del cuarto mes. Ejerce siempre sus vocalizaciones con pasión.

- **6° mes.** Edad del laleo, encadena las sílabas, varía su volumen, controla mejor el caudal de sus expresiones vocales. Toma conciencia de los diferentes tonos de su repertorio, lo cual incita a iniciarlo sin cesar.
- **7° mes.** Perfecciona su laleo: utiliza nuevas capacidades vocales, las utiliza para captar la atención de su madre, la modula y varía según la fuerza de expresión.
- **8° mes.** Vocaliza cuando ve personas u objetos. Intenta modular sus combinaciones fónicas: pronunciará monosílabos: da, ma, ga, los repite y los utiliza como respuesta a las conversaciones; es difícil de descifrar, es un esbozo del lenguaje. Se habla a sí mismo y a los demás, se acompaña de gestos y mímica.
- **9° mes.** Comienza a esbozar el verdadero lenguaje mediante la aparición de las primeras palabras: se trata de sílabas repetidas por un material fonético muy simple: mamá, papá, dodo.
- **10° mes.** Utiliza monosílabos, sílabas repetidas si logró el estadio del pre-lenguaje. Comprende el sentido general de la frase y hace el gesto para acompañar la palabra. Comprende el tono de la frase. Una palabra significa muchas cosas: “palabra símbolo” (puede decir agua para designar a todo líquido; pá o papá para todos los hombres). Imita acciones sencillas: aplaudir, golpear, acariciar, saludar.
- **11° mes.** Utilizará un lenguaje global bastante significativo: se trata de “palabras-frase”. Las primeras palabras que utiliza son para nombrar objetos y para referirse a un hecho o un acontecimiento. Verbaliza repitiendo y practicando interminablemente las sílabas por el placer de hacer y de combinar los sonidos, como por la forma en que va encontrando las palabras.
- **12° mes.** Sigue perfeccionando el lenguaje global significativo. Puede utilizar 2 ó 3 “palabras-frase”. Escucha palabras con mayor atención y repite términos familiares por imitación.^{6,7}

Los tipos de conducta presentados por los niños en el primer año de vida son⁸:

CONDUCTA	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA
CONDUCTA NEGATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Llanto cuando va a los brazos del operador. - No se interesan por los objetos presentados. - No reaccionan positivamente a los toques en la región del labio y mentón. - Mantienen los labios cerrados en el momento de la limpieza - Intentan impedir los procedimientos del operador con las manos - Empujan el dedo del operador con la lengua.
CONDUCTA INDEFINIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Observan los objetos, pero sin tocarlos. - No lloran cuando van a los brazos del operador. - No lloran al ser colocados en la silla. - Presentan sensibilidad en la región del labio y mentón. - Lloran cuando son abordados por detrás, cuando son inclinados en la silla. - Cuando se inicia la limpieza en la cavidad bucal, reaccionan con llanto franco.
CONDUCTA POSITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Gran reflejo de succión. - Interés por todos los objetos presentados. - Se comportan naturalmente en la silla, sin extrañar lo que es nuevo. - Reaccionan positivamente a los toques en la región del labio y mentón.

Al año de edad se inicia la maduración social del individuo, principalmente después de la erupción de los incisivos. Luego de la erupción de estos dientes, un niño queda parcialmente rebelde a la manipulación de su boca.

A los dos años hay poco desenvolvimiento social. La dependencia materna es acentuada.⁴

4.1.3 Características sociales

El desarrollo es el proceso de construcción del psiquismo y la introducción del niño en la esfera de lo humano y el universo de la cultura.

La socialización es un proceso de influjo entre una persona y sus semejantes, un proceso que resulta de aceptar las pautas de comportamiento social y de adaptarse a ellas. Este desarrollo se observa no solo en las distintas etapas entre la infancia y la vejez, sino también en personas que cambian de una cultura a otra, o de un status social a otro, o de una ocupación a otra.

La socialización primaria es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad. Se da en los primeros años de vida y se remite al núcleo familiar. Se caracteriza por una fuerte carga afectiva. Depende de la capacidad de aprendizaje del niño, que varía a lo largo de su desarrollo psico-evolutivo. El individuo llega a ser lo que los otros significativamente lo consideran. Esta finaliza cuando el concepto del otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo. A esta altura ya el miembro es miembro efectivo de la sociedad y está en posición subjetiva de un yo y un mundo.⁹

Desde los primeros meses de vida, el bebé ira ampliando el repertorio de sus conductas a medida que interactúe con sus cuidadores, ya que dependen completamente de ellos para sobrevivir, estableciendo una relación especial con ellos. El tipo de vínculo que se desarrolla con la madre en el primer año de vida se verá reflejado en las relaciones que mantendrá con los demás y el mundo, en un futuro.

Uno de los primeros logros del bebé es la capacidad de diferenciarse de la madre y reconocer los límites de su cuerpo. Esto constituirá la columna vertebral de su esquema corporal y futura identidad. Al principio necesitará de su madre para que ella decodifique sus gestos y llantos, que son la única manera de comunicarse que posee. La madre suele ser la primera en comprender su lenguaje. Por eso es que se dice que en un primer momento el mundo del bebé es él y su mamá. Poco a poco, el bebé necesitará menos de ella para sobrevivir.

Es fundamental que el bebé se reconozca como una persona separada de su madre y pueda proveer un entorno de apoyo, además que pueda conformar un esquema corporal adecuado y pueda experimentar. La conformación del mismo se logra gracias a la elaboración de las sensaciones relacionadas con los estados de necesidad y saciedad (hambre, dolor, sueño, entre otras), y las relaciones con el medio ambiente. Para ello los padres deben anticiparse y reconocer las necesidades del bebé. La medida en que sus necesidades son satisfechas, y la cualidad (el grado en que son satisfechos) así como también la rapidez de las respuestas de sus cuidadores, podrá ser capaz de relacionar sus impulsos con sus funciones corporales, ayudando a desarrollar su propio ser y podrá alcanzar aspectos esenciales para el sano desarrollo del bebé.⁹

La actividad rectora es la actividad que ordena todas las relaciones del sujeto consigo mismo, con los otros y con los objetos que lo rodean en cada período o etapa del ciclo vital, es la preocupación o tarea que ocupa la atención o el interés en determinado período de la vida.

Cada etapa se define por una actividad rectora, la cual ordena todas las relaciones del niño con las personas como con los objetos; este sistema de relaciones define una actitud del niño frente al mundo y unas exigencias a los adultos con respecto a sus necesidades e intereses, por este razón las interacciones socializadoras no pueden permanecer estáticas en el curso del desarrollo.

En la primera etapa de la vida, la comunicación emocional con el adulto constituye la actividad rectora, se extiende desde el nacimiento hasta la "crisis del primer año", es característico de la etapa el logro de una independencia del niño con respecto a la situación inmediata, en cada momento, gracias a la aparición de la representación.

Aquí el adulto y sobre todo la madre es quien organiza y mediatiza la actividad del niño, y permitirá que se produzca esta primera crisis progresivamente, logrando una mayor participación y capacidad de actuación como sujeto, como nuevo integrante de esa familia y de ese entorno.⁹

4.2 Primera visita al odontopediatra

La odontología infantil tradicional decía que la primera visita al odontopediatra se realizara a los 3 años de edad, pero debido a la incidencia de caries dental en lactantes y preescolares se sugiere que la primera visita del niño con el odontopediatra debe realizarse entre los 6 meses a los 12 meses de edad (AAPD, 1997; Nowak, 1997) cuando

erupcionan los primeros incisivos centrales inferiores; para que de esta manera el odontólogo pueda evaluar la salud bucal del bebé, educar a los padres para la prevención de enfermedades dentales, darles recomendaciones dietéticas con ingesta adecuada de carbohidratos, una buena higiene bucodental y controlar hábitos que perjudiquen la salud oral Kamp, (1991) y Walter; Nakama, (1992).¹⁰

Los bebés necesitan buen cuidado dental, tanto en el hogar como el que pueden proporcionar los odontopediatras. Mientras más precozmente se inicie ésta atención, más pronto usted ayudará a que los primeros dientes de su bebé sean saludables y crezcan en forma correcta.

La intervención odontológica realizada dentro de los primeros seis meses de vida está enfocada a la realización de procedimientos educativos dirigidos a los padres, y preventivos aplicados en los bebés, a través de la enseñanza de maniobras de limpieza dental, control de azúcar, control de la alimentación nocturna y la interposición de hábitos, de aplicación precoz de flúor, no sólo en el consultorio, como también en el hogar, diariamente por la madre.⁴

Estudios epidemiológicos mostraron que la prevalencia de las necesidades adquiridas ya existe en el primer año de vida, y que tiende a aumentar después de los seis meses de edad, principalmente la caries dentaria. Otro hecho que llama la atención, y es que la población de alto riesgo es más elevada en el primer año de vida, pero la posibilidad de que la población adquiriera caries es baja, hoy cerca de 3%. Así, la atención precoz llevaría a una acción eficaz en la disminución de los factores de riesgo a través de la educación y un aumento de la resistencia del diente a través de aplicaciones de flúor como medida preventiva.¹¹

4.3 Higiene oral del bebé

El cuidado bucal debe comenzar desde que nace el bebé; se deben de limpiar suavemente sus encías después de amamantar o darle biberón, retirando los residuos de leche que hayan permanecido. Para esto se puede utilizar un paño, gasa pequeña o un pañal de tela húmedos, se realiza diariamente con agua oxigenada diluida en agua limpia. Esta limpieza deberá ser hecha hasta la edad aproximada de 18 meses, donde los primeros molares deciduos ya deben estar completamente erupcionados. A partir de esa edad es importante el inicio del cepillado por los padres.⁴

Cuando broten los primeros dientes, se les deberá limpiar con un cepillo infantil suave sin pasta dental. A partir de los dos años de edad se aplicará pasta dental en el cepillo con bajo contenido de flúor. La cantidad de pasta dental debe ser del tamaño de una lenteja, debido a que el niño tiende a tragarla y resulta conveniente evitar el exceso de flúor.¹²

El odontopediatra debe hacer un control semestral con limpieza, profilaxis y aplicación tópica de fluoruro de sodio al 0,2%. La limpieza profesional es inicialmente hecha con el uso de grasa y posteriormente con la erupción de los primeros molares deciduos, esta limpieza y profilaxia profesional deberá ser ejecutada con cepillos de Robinson, suaves, a baja velocidad, con una introducción gradual para una mejor adaptación del niño, demostrando que los cambios en los procedimientos rutinarios es uno de los factores que alteran el comportamiento de los bebés en los consultorios.⁴



Fuente: Figuerido, Odontología para el bebé



Fuente: revista mi bebé y yo



Fuente: Figuerido, Odontología para el bebé



Fuente: Figuerido, Odontología para el bebé



Fuente: revista odontología Actual

4.4 Dieta

En la cavidad bucal podemos ver con frecuencia la representación de las deficiencias de nutrición en los niños. Se observan en la boca un conjunto de signos que pueden estar acompañados con síntomas que el paciente refiere en la consulta, lo cual permite al odontólogo realizar el diagnóstico y hacer recomendaciones a los padres que incluyen, muchas veces, remitir al niño al especialista.

Las alteraciones pueden ser identificadas tanto en los tejidos duros (dientes) como en los blandos (mucosa bucal, que cubre toda la cavidad bucal, y también hay que tomar en cuenta a la lengua). En los primeros podemos ver el efecto de los nutrientes en dos etapas: la pre-eruptiva y la post-eruptiva.

En la etapa pre-eruptiva la dieta influye en la manera como se van a formar los dientes, el tiempo que tardarán en erupcionar y también en la predisposición a ser afectados por caries dental.

Durante la etapa post-eruptiva, la dieta, conjuntamente con otros factores como los microorganismos que habitan en la boca y las características que presentan las superficies de los dientes, son los que determinarán el origen de las caries.⁴

Para comprender la importancia que la dieta asume en el desarrollo de lesiones de caries en la primera infancia, es necesario conocer algunas características generales de alimentación a partir del nacimiento.

En los primeros meses de vida la alimentación es básicamente líquida y el bebé presenta gran frecuencia de ingestión. Hasta los seis meses la alimentación materna exclusiva es suficiente para proveer al niño de todos los nutrientes necesarios para su pleno desarrollo facial armónico, disminuye la posibilidad de ingestión de alimentos con azúcar en su contenido.

A partir de los 5 meses, ya hay un control de función de los labios, por lo tanto, se inicia la introducción de alimentos semi-sólidos a través de la cuchara. Aunque en este grupo etario se puede comenzar a utilizar las tazas para la ingestión de líquidos, evitando así el uso de biberones.

Cerca del primer año de vida, el niño disminuye el ritmo de crecimiento y su necesidad fisiológica de ingestión de alimentos también se reduce, de tal modo que este periodo ha sido llamado de anorexia fisiológica. Muchas veces, las expectativas de los padres con relación a la cantidad y frecuencia alimenticia de sus hijos pueden estar en desacuerdo con las necesidades fisiológicas de los niños, existiendo la posibilidad de los padres indujeran una sobre alimentación, frecuentemente ofreciendo dosis para estimular la ingestión.⁴

Los hábitos alimenticios del niño se modifican durante la infancia, desde una dieta básicamente líquida, teniendo como principal fuente alimenticia la leche, hasta la inserción gradual en la rutina alimenticia familiar. Entre el periodo de lactancia hasta la completa dulcificación de la dieta de los otros miembros del núcleo familiar existe una fase de adaptación que puede ser llamada periodo de acomodación a la dieta familiar.¹³

4.4.1 La utilización de biberón y la caries

En nuestra sociedad el biberón es ampliamente utilizado para la alimentación de niños. La correlación entre el uso de biberón y la presencia de caries está confirmada por varias investigaciones (James y col. 1957, Robinson; Naylor 1963, Goose; Cittus 1968, Winter y col 1971, Powell 1976, Holt y col 1982, Walter y col 1987, Freeman y col. 1989, Marino y col. 1989, Babeel y col. 1989; Eronat: Eden 1992, Schwartz y col. 1993), donde el biberón es un importante medio de ingestión de azúcar en la infancia, ya que la mayoría de los alimentos ingeridos a través de ella presentan adición de azúcar (Fraiz, 1993), transformándose en uno de los factores más importantes en la caracterización del riesgo al desarrollo de caries en niños de poca edad.⁴

El biberón no presenta restricciones sociales, tiene buena aceptación por los niños, ya que su contenido generalmente es endulzado, es de fácil manipulación por el niño y puede ser utilizado a cualquier hora y es suministrado por la madre u otra persona. Estos aspectos del hábito de utilización del biberón contribuyen para la caracterización de un patrón de alta frecuencia y prolongados períodos de uso. El momento de uso del biberón debe ser considerado, pues cuando los niños son colocados para dormir con el biberón la probabilidad de desarrollo de lesiones cariosas aumenta principalmente si ellos permanecen con el biberón durante el sueño.¹⁴

El uso de biberones que contienen azúcar en la infancia, puede condicionar al niño a un consumo excesivo de azúcar en el futuro. El uso del biberón parece estar asociado con un patrón de comportamiento y un estilo de vida que presenta diversos factores capaces de contribuir para la determinación de un perfil de alto riesgo de caries.¹⁵

4.4.2 Dieta y saliva

La importancia de la saliva como un factor de protección contra la caries está bien establecido en la literatura, siendo que sus propiedades protectoras son asociadas a los elementos de dilución y eliminación de sustancias cariogénicas principalmente la sacarosa, provenientes de la alimentación. Por lo tanto, los niños que presentan cuadros de mal nutrición presentan una disminución en la tasa de secreción y capacidad de buffer en la saliva.²¹

Es interesante observar que una dieta líquida con la consecuente reducción en los reflejos masticatorios, parece determinar una atrofia de las glándulas salivales. Esta alteración glandular tiene como resultado una disminución del flujo salival, principalmente en la cantidad de proteínas totales y en los niveles de amilasis. Las modificaciones de las glándulas salivales, impuestas por una dieta líquida, son reversibles cuando se establece la dieta sólida.⁴

Un estudio realizado en niños que mantienen básicamente dieta líquida (a través del biberón) hasta una edad avanzada, presentan una disminución en el flujo salival contribuyendo para aumentar el riesgo a caries, ya que los efectos protectores de la saliva y el tiempo de remoción bucal de los alimentos ingeridos estarían disminuidos.¹⁶

Las diferentes susceptibilidades a caries en diversas regiones de la boca, también sufren influencia de distribución de azúcar después de su ingestión, la cual no se distribuirá en la boca de forma homogénea. Las menores concentraciones de azúcar son encontradas en las superficies linguales de los incisivos inferiores y superficies vestibulares de los molares

superiores; por otro lado, las superficies vestibulares de incisivos superiores y molares inferiores presentan las mayores concentraciones de azúcar. La velocidad de flujo de película salivar es menor en las superficies vestibulares, con excepción de la región próxima al ducto de la parótida. Esta especificidad en la distribución del azúcar y la velocidad del flujo salival contribuye a la determinación del patrón de lesiones de caries encontradas en la primera infancia.¹⁷

4.4.3 Microbiota bucal

En bebés la microbiota bucal está siendo definida y la implantación de estreptococos del grupo mutans es facilitada por la presencia de sacarosa en la dieta, diferentes niveles de consumo de sacarosa pueden ser suficientes para alterar el conteo de estos microorganismos.

El consumo de sacarosa frecuente garantiza al estreptococos mutans, substrato para la producción de glucanos extracelulares y para la disminución del pH de la placa dental a un nivel en que su capacidad acidúrica represente una significativa ventaja ecológica.

La adquisición inicial del estreptococo mutans en bebés ocurre en un periodo de edad bien definido. Pero después aumenta con la erupción de los molares deciduos, los representan un rápido aumento en número de superficies retentivas, este periodo se caracteriza por el aumento en el consumo de sacarosa. Caufield y col. Sugieren que los estreptococos del grupo mutans colonizan la boca del bebé solo en el periodo de erupción de los dientes, y que los niños que escapan de este primer periodo de colonización permanecen libres de estreptococos del grupo mutans hasta los 6 años de edad, cuando los molares permanentes erupcionan.¹⁸

4.4.4 Medicamentos que contiene azúcar y su relación con la caries

La utilización frecuentemente de medicamentos que contienen azúcar ha sido asociada a caries rampante en niños. Niños con enfermedades crónicas pueden hacer uso de medicamentos con alta concentración de sacarosa por un tiempo largo y en una frecuencia alta. Muchas veces estos medicamentos son administrados durante el sueño donde el flujo salival esta disminuido y el tiempo de remoción (limpieza) esta aumentado.

4.4.5 Métodos de evaluación dietética para la primera infancia

Dentro de los diversos métodos para levantamiento dietético, los más utilizados en los abordajes individuales al nivel de odontología son:

- El método recordatorio de las últimas 24 horas,
- La historia dietética,
- El cuestionario de frecuencia alimenticia
- El registro alimenticio.

En el método recordatorio de las últimas 24 horas, los padres son estimulados a recordar los alimentos ingeridos durante las 24 horas previas. Informaciones detalladas de los alimentos saber ser suministradas y una ficha puede ser utilizada como guía para el entrevistador.

El cuestionario de frecuencia alimenticia es un método simple que suministra un patrón alimenticio general. Consiste en una relación de alimentos, en donde a cada ítem se le atribuye una frecuencia de ingestión. La lista de alimentos es dirigida al objetivo de evaluación dietética y debe ser basada en los alimentos de uso común de la población para la cual será

utilizada. El formulario puede ser llenado por los padres, o a partir de una entrevista del profesional. Este método aporta una visión general, en donde los tópicos específicos pueden ser profundizados en una entrevista posterior.

El registro alimenticio tal vez sea la forma de evaluación dietética más difundida en odontología, no obstante pueden ser encontradas dificultades en su ejecución ya que de ella depende que los padres se involucren durante algunos días, lo que muchas veces es imposible en función de las características familiares. Aquí los padres deben registrar todos los alimentos ingeridos por el niño, determinando cantidad, horario de consumo, forma de consumo. Estos registros alimenticios pueden ser de 3 a 7 días, procurando abarcar tanto los días útiles como los fines de semana. Es interesante suministrar una ficha patrón para el llenado. Los remedios caseros y medicaciones prescritas deben ser anotados.

En la entrevista dietética las preguntas formuladas deben ser claras y objetivas, evitando la inducción de respuestas. Un itinerario de preguntas es útil, entre tanto, debe permitir la libertad necesaria para la profundización en aspectos específicos de cada dieta. En este método se debe investigar, cuáles son los alimentos con potencial cariogénico consumidos, como estos alimentos son consumidos (biberón, vaso, cuchara), el horario de consumo (durante el sueño, al acostarse, entre las comidas, en las comidas) y la frecuencia de consumo.

La recomendación dietética es una de las bases de un programa efectivo de prevención y mantenimiento de la salud bucal en bebés, no solamente por la posibilidad de desarrollo de caries en una edad precoz sino también porque los hábitos dietéticos adquiridos en la infancia, forman la base para el futuro patrón alimenticio. Aquí se requiere un conocimiento general de la nutrición debido a la necesidad de concordancia entre las

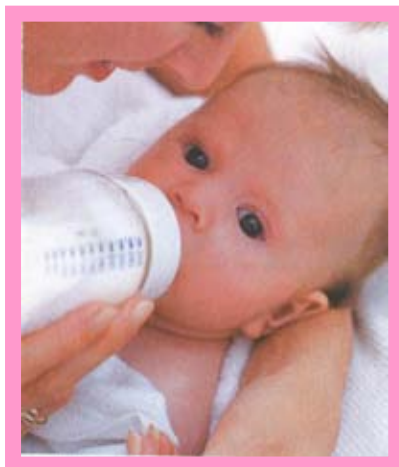
recomendaciones para la prevención de caries y la nutrición adecuada para el pleno desarrollo y crecimiento del niño. El éxito de la recomendación depende no sólo de la transferencia de informaciones a la familia, sino también de la adaptación de los consejos que se dan habitadas a la realidad en que el niño vive; una vez que las acciones colectivas o individuales buscan interferir positivamente en el proceso salud-enfermedad bucal se deben respetar y basarse en el concepto de especificidad biológica, socio-económica y cultural de los niños para las cuales están destinadas.⁴



Fuente: revista tu recién nacido



Fuente: revista tu recién nacido



Fuente: revista tu recién nacido



Fuente: revista mi bebé y yo

4.5 Hábitos

El daño dental puede ser causado por el biberón o los chupones, cuando los niños se duermen con el biberón en la boca, bien sea de leche, fórmula, líquidos azucarados o jugos de frutas o cuando las madres mojan los chupones en líquidos dulces para tranquilizar a sus bebés.



Fuente: revista mi bebé y yo

Los azúcares se adhieren a los dientes, favoreciendo la aparición de caries en los dientes de leche. Estas malas costumbres deberán ser evitadas a tiempo y las caries tratadas precozmente a fin de evitar el daño de los dientes permanentes.¹⁹

El deterioro dental causado por el uso del biberón, es uno de los problemas mas frecuentes en los niños de menos de tres años de edad. El problema ocurre cuando los dientes del niño son expuestos por mucho tiempo a líquidos azucarados. Casi todos los líquidos que su niño toma, a excepción del agua, contienen azúcar. Esto incluye la leche, los jugos de frutas y otras bebidas azucaradas como los refrescos.²⁰



El daño de los dientes puede ocurrir a causa del biberón cuando los niños se quedan dormidos manteniéndolo en la boca, sea de leche, fórmulas, agua azucarada o jugos de frutas. Estos líquidos quedan adheridos a los dientes, favoreciendo la aparición de caries.

Fuente: revista mi bebé y yo

Los hábitos que más llaman la atención en el niño son la succión no nutritiva: dedo y chupón.

Los hábitos de succión en el bebé tienen relación directa con el amamantamiento en pecho o en biberón y la presencia de estos hábitos por períodos prolongados lleva a una alteración de oclusión.

La educación que se da a los padres con respecto a los hábitos, debemos alertarlos que hasta los 2 años de edad los hábitos de succión pueden hacer parte de vida del niño pues ellos están en fase oral de desarrollo; ya que después de esta edad, se deben de retirar.⁴

Si después de los dos años persiste, se sugieren el uso de medidas no traumáticas para la remoción del hábito, como son:

- Sugestión nocturna. Consiste en la utilización del habla durante el sueño profundo con el objetivo de llegar al subconsciente.
- Transformación del hábito placentero en hábito obligatorio. Aquí los padres en vez de reprender al niño, deben ser estimulados a dejar el hábito.
- Férula de Anke. Es una férula plástica transparente que cubre dientes y paladar. De esta forma, se elimina el contacto con la mucosa y consecuentemente la pérdida del placer.

5. CONCLUSIONES

Podemos concluir que el cartel es uno de los principales medios de comunicación que desde años atrás, hasta nuestros días, son utilizados para dar a conocer algún tema que beneficie a la población.

Es importante que los carteles dentro del sector odontológico o médico, sean de gran impacto visual y educacional para crear interés en la población a la cual se va a mostrar, y así poder cambiar el comportamiento de la población en relación a la prevención bucodental; así como, crear conciencia a los padres, acerca de los cuidados bucales que deben tener hacia su bebé.

Este proyecto debe contribuir a la educación y comunicación de los padres un mejor hábito de higiene oral en el bebé, para que éstos a su vez transmitan lo aprendido a sus bebés y ellos lleguen a ser en el futuro un adulto sano.

Con este cartel nos permitiremos fomentar la salud bucal de la población con esfuerzos de salud pública dental que se llevan a cabo para el beneficio del infante.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Maravilla, O. El cartel, un medio de comunicación en el sector salud. 2000. UNAM. Escuela Nacional de Artes Plásticas. Licenciado en comunicación gráfica.
2. Enciclopedia Microsoft Encarta 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
3. Escobar F. Odontología pediátrica. Caracas Venezuela. 2° ed. Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. 2004. pp. 533
4. Figuereido, L.R. Odontología para el bebé, odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. Colombia. 1° ed. Ed. Amolca. 2000. pp 246
5. Esponda, R. Anatomía dental. México. Textos universitarios facultad de odontología. 1° reimpresión. 1994. pp 386.
6. Rosa Graciela. Revista de Psicología. La adquisición del lenguaje en el niño. Año 4 No. 2
7. Revista Vocación Docente. Rosa Graciela. El lenguaje: un modo de comunicarnos. Año 2- No. 17
8. Melo, M.M. Estudio de la relación del comportamiento del niño con la erupción dental. Beca de Iniciación Científica CNPq/UEL.1995
9. Papalia D. E. Taller recién nacido. <http://www.monografias.com>

10. Pinkham, J.R. Odontología pediátrica. México. Ed. McGraw Hill Interamericana. 3° ed. 2001. pp735
11. Morita M.C.; Walter L.R.F; Guillan M. Prevalencia de la caries dental en infantes de 0 a 36 meses de edad. 1993
12. Feldman, S. Magarici, M. Cuidado bucal, en el infante. <http://www.tupediatra.com/temas/tema12.htm>
13. Rossow, L; Kjaernes, U.; Holst, D. Patterns of sugar consumption in early childhood. *Comun Dent oral Epidemiol.* V. 18, n. 1, p. 12, Feb. 1990
14. Marino, R.V; Bomze K. Nursing bottle caries: characteristics of children risk. 1989
15. Winter G.B.; Rule, D.C. The prevalence of dental caries in pre-school children age to 1 to 4 years, Part 1-etiological factors. 1971
16. Johnson, R. Traumatic injuries to the theet and supporting structures. *Pediatric dentistry: scientific foundations and clinical practice.* St. Louis; Mosby, 1982. p 942-960
17. MacPherson L.M.D.; Dawes C. Distribution of sucrose around the mouth and its clearence after a sucrose around the mouth or consumption of three different foods. 1994
18. Caufield, P.W. Cutter, G.R. Inicial acquisition os mutans streptococci by infants; evidence for a discrete window of infectivity. 1993

19. Feldman, S. Prevención bucal para el bebé.
<http://www.tupediatra.com/temas/tema169.htm>

20. Schachner, E. Prevenir el daño que puede causar el biberón.
<http://www.tupediatra.com/temas/tema100.htm>

21. Johansson, I; Saellstrom, A.K; Rajan, B.P. Salivary flow and dental caries in children suffering chronic malnutrition. 1992

22. De Quiros, Julio Bernaldo. Cap. 3:Las grandes etapas de la evolución filo y ontogénica del lenguaje.

23. Glasier, Jackelin. Desarrollo psicomotor de 0 a 3 años.
<http://www.monografias.com>