



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

---

---

EL CARTEL DIRIGIDO A PADRES DE BEBÉS COMO UNA  
ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

*Presenta:*

CARMEN HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

DIRECTOR: C.D. VICTORIA HERRERA VEGA.

MÉXICO, D.F.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V. Herrera Vega', written over a large, stylized loop.

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.

**DIOS TE DOY GRACIAS POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE VIVIR Y TENER UNA MAMÁ Y UN PAPÁ QUE ME APOYARON. DIERON ANIMO Y ORIENTARON EN TODO MOMENTO, PARA HACER DE MI, UNA PROFESIONISTA, CUYOS LOGROS SIEMPRE SERÁN COMPARTIDOS, PUES EL HABER TERMINADO LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA NO SOLAMENTE ES MI META, SI NO LA DE ELLOS, QUIENES SOÑARON VERME ASÍ.**

**A MIS HERMANOS, ALI, LETY Y MIGUE, GRACIAS POR SER MI GUÍA Y DARME ENTUSIASMO PARA HECHARLE GANAS, SOLO FALTAN USTEDES MIS INGENIEROS, AUNQUE SEA DÍFICIL DEN SU MÁXIMO ESFUERZO COMO SIEMPRE LO HAN HECHO, Y APOYENSE.**

**COMPARTO LA ALEGRIA QUE SIENTO CON USTEDES.**

**¡LOS QUIERO MUCHO!**

**SIN OLVIDAR A MIS AMIGOS QUE DESDE PRIMER AÑO Y EN EL TRANSCURSO DE LA CARRERA ESTUVIERON CONMIGO BRINDANDOME CONFIANZA Y APOYO.**

**GRACIAS A LA UNIVERSIDAD Y A TODOS AQUELLOS DOCTORES QUE CONTRIBUYERON CON SUS ENSEÑANZAS PARA MI FORMACIÓN. DE IGUAL MANERA AGRADEZCO A LOS PACIENTES QUE DEPOSITARON SU CONFIANZA EN MÍ, Y ME PERMITIERON ATENDERLOS.**

**POR ÚLTIMO, AGRADEZCO A LOS DOCTORES QUE IMPARTEN EL SEMINARIO DE ODONTOPEDIATRIA, POR SUS CLASES APORTADAS, QUE MOTIVAN A SABER MÁS ACERCA DEL TRATAMIENTO DENTAL Y DE CONDUCTA DEL NIÑO.**

**A QUIENES CONTRIBUYERON EN LA ORIENTACIÓN Y BRINDARON PARTE DE SU TIEMPO, PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA TESINA, GRACIAS.**

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

<b>1. ANTECEDENTES .....</b>	<b>3</b>
<b>2. CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE INFORMACIÓN, SEGÚN LA OMS.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Métodos directos .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Métodos indirectos.....</b>	<b>12</b>
<b>3. COMUNICACIÓN VISUAL</b>	
<b>3.1 Definición de comunicación visual.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 El mensaje visual .....</b>	<b>15</b>
<b>4. EI CARTEL</b>	
<b>4.1 Concepto de cartel.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2 Función del cartel.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3 Tipos de cartel.....</b>	<b>19</b>
<b>4.4 Características generales del cartel.....</b>	<b>20</b>
<b>4.5 ¿Dónde debe colocarse?.....</b>	<b>21</b>
<b>4.6 La "atención", factor importante para captar el mensaje de un cartel .....</b>	<b>21</b>
<b>4.6.1 Factores que ayudan a obtener la atención voluntaria y espontánea.....</b>	<b>22</b>

4.7 Elementos principales del cartel.....	23
4.7.1 Elementos físicos.....	24
4.7.1.1 Color.....	24
4.7.1.2 El lenguaje del color en la publicidad.....	26
4.7.1.3 Imagen.....	27
4.7.2 Texto.....	31
4.7.3 Composición.....	34
4.7.4 Tamaño.....	34
4.7.5 Formato.....	35
5. EL CARTEL COMO TEXTO PUBLICITARIO.....	35
5.1 Requisitos de redacción.....	36
5.2 Selección de palabras.....	37
6. ETAPAS PARA EL DISEÑO DE UN CARTEL.....	39
6.1 Bocetos.....	40
7. ELEMENTOS QUE SE CONSIDERAN IMPORTANTES PARA ABORDAR EN EL CARTEL	
7.1 Educación y la madre gestante.....	42
7.2 Higiene bucal antes de la erupción de los dientes.....	44
7.3 Uso del biberón y control de ingesta de azúcares.....	47
7.4 Higiene dental en presencia de dientes deciduos.....	49
7.5 ¿Cuándo iniciar la revisión bucal por el odontólogo u odontopediatra?.....	52

7.6	¿Cuándo suspender la alimentación nocturna (materna y/o biberón)?.....	55
7.7	Hábitos que puede presentar el bebé.....	57
7.8	¿Cuándo iniciar la protección dental con sellador de foseetas y fisuras y aplicación tópica de fluoruro.....	59
8.	PROCESO PARA LA ELABORACIÓN DEL CARTEL PROPUESTO EN ESTA TESINA.....	62
9.	CONCLUSIONES.....	63
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	64
	ANEXO.....	69

# INTRODUCCIÓN

El cartel es un método indirecto de comunicación, donde no existe un intercambio de información entre el educador y el educando. Es definido como "un grito en la pared que atrapa la atención y obliga a percibir el mensaje", o como "un puñetazo en el ojo cuyo hematoma queda en la memoria del espectador".

Su ventaja principal es que, es considerado como un medio masivo de comunicación, y su función es atraer la atención del espectador por medio de una imagen llamativa, comprensible y persuasiva, que fije el recuerdo e induzca al espectador a la acción. Es utilizado para propiciar el establecimiento de hábitos de higiene, salud, etc.

Para que el mensaje del cartel sea captado por diversidad de personas, se deben tomar en cuenta factores de interés para el hombre, como la salud, y factores que promuevan la atención espontánea, como la forma, color y tamaño de los elementos usados en el cartel.

Es importante saber que la elección del color debe ser impresionista y con utilización mínima de tonos, es mejor un color plano y continuo que uno rebajado. La imagen debe atraer al lector, no solo por el color, sino también por la expresión gráfica que represente, no es recomendable abusar de abstracciones, ya que distorsionarían el mensaje, es mejor el uso de imágenes geométricas y naturales.

El cartel está dirigido a padres de familia, por lo que el mensaje debe ser claro, conciso y sin complejidad de palabras, de tal manera que las personas lo entiendan fácilmente.

Tomando en consideración la falta de carteles que inciten al paciente a mejorar su estado de salud dental, se hace una propuesta a la U.N.A.M., para que integre el cartel presentado en esta tesina, en las salas de espera de las clínicas de odontopediatría que la conforman.

# 1. ANTECEDENTES

Ya en la antigua Grecia, las leyes grabadas con dibujos y tallas sobre piedra, eran expuestas a la curiosidad pública. En la Grecia Clásica algunas lecherías se anunciaban mediante un dibujo de una cabra. En Pompeya se encontró el emblema de una taberna, donde hay dibujadas cuatro mujeres, una de ellas con un vaso en la mano.

En el Imperio Romano, las representaciones teatrales eran anunciadas mediante carteles. Estos pintados en negro o rojo sobre muros blancos, se llamaban "Album" y solían encontrarse cerca del foro.

La invención de la xilografía (técnica de grabado en madera a partir de una superficie en relieve) y sobre todo de la imprenta, contribuyó en gran medida al auge moderado del cartel. El primero que se conoce como tal, es Francés, fue hecho en 1482 y anunciaba "El gran perdón de nuestra señora de París".<sup>1</sup>

Por otro lado, la cromolitografía fue inventada en 1851 e introdujo el color en los dominios del ilustrador, que hasta entonces se había limitado al blanco y negro. Una desventaja es que el proceso de esta técnica era lento y costoso.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Tubau Iván. Dibujando carteles. 4ª edición. Ediciones CEAC. Barcelona. 1980. Pág. 33-34

<sup>2</sup> Terence Dalley. Guía completa de ilustración y diseño, técnicas y materiales. H. Blume ediciones. Barcelona. 1981. Pág. 10

En 1796 se descubrió la litografía por Aloys Senefelder, se basa en el principio de que el agua y el aceite no se mezclan, fue el primer método de impresión a partir de una superficie plana, aunque seguía siendo una técnica demasiado lenta y costosa. Además este autor definió el cartel como un grito en la pared.<sup>3</sup>

Alemania fue el primer país que utilizó los tonos vivos en la impresión de carteles. Uno de ellos fue realizado en 1518 por el pintor alemán Altdorfer, donde anunciaba una rifa.

En España, un precursor fue Marcelino de Unceta, que realizó en 1763 un cartel anunciando una corrida de toros. Ya entonces a finales del siglo XIX se tenía gran variedad de cartelistas, principalmente en Barcelona con Santiago Rusiñol o el famoso Ramón Casas para "Anís del Mono". Un cartel considerado adelantado a su época es el de "Chocolates Matías López", donde se advertía ya la tendencia a la simplificación, al simbolismo y a la asociación de ideas, que el cartel actual trata de llevar hasta sus últimas consecuencias.

Francia fue quien estuvo a la vanguardia del cartel, empiezan a destacar, a partir de 1830, cartelistas como Raffet, Gavarni, Grandville y Chéret quien aplicó más concienzudamente los procedimientos cromolitográficos. El desarrollo de su proceso litográfico de tres colores permitió que los artistas alcanzaran cada color del arco iris con tan solo tres piedras, generalmente roja, amarilla y azul, impresas en un registro cuidadoso.

---

<sup>3</sup> Ib Pág. 33

Aunque el proceso era difícil, el resultado era una intensidad notable de color y textura, con sublimación de transparencias y los matices imposibles en otros medios. Esta capacidad de combinar palabra e imagen en un formato tan atractivo y económico, finalmente hizo al cartel litográfico, una innovación de gran alcance.<sup>4</sup>

Los carteles de aquella época marcan un estilo, en cierto sentido nunca superado: suavidad de expresión, fuerte trazo negro que enmarca los contornos y tonos vivos con frecuencia.

En Inglaterra destacaron, en el segundo tercio del siglo XIX, Godfroy Durand, Frederick Walter y Wilkie Collins, quien realizó en 1831 el cartel "La mujer de blanco".

Para 1870, en París, el cartel se convirtió en el medio dominante de la comunicación en masa en las ciudades de Europa y América. Las calles de París, Milán y de Berlín fueron transformadas rápidamente en la "galería de arte de la calle", entrando de lleno en la edad moderna de la publicidad.

Hacia finales del siglo XIX (1890) en Francia, la afición por el cartel estaba en plena floración.

---

<sup>4</sup> Ib Pág. 34

En 1891, el primer cartel de Toulouse-Lautrec, llamado "Moulin Rouge" elevó el estado de este medio a la categoría de arte (Fig. 1). Lautrec realizó 31 carteles, cuya ejecución litográfica controlaba personalmente, y nunca olvidó que un cartel es un cartel y no un cuadro. Además se le puede considerar como el inventor de dicho medio de comunicación.



Fig. 1 Cartel "Moulin Rouge", elaborado por Toulouse-Lautrec en 1891

Los primeros carteles ingleses cromolitografiados a todo color, fueron encargados por el jabón Bubbles.<sup>5</sup>

Las primeras demostraciones del cartel fueron llevadas a cabo en Gran Bretaña e Italia en 1894, Alemania en 1896 y Rusia en 1897. La demostración más importante fue llevada a cabo en Reims, Francia, en 1896, mostrando 1.690 carteles increíbles dispuestos por el país.

Así mismo, en 1884 aparecen en París los primeros carteles del húngaro Alphonse Ma. Mucha ofreciendo una muestra de estilo moderno, considerado como la mejor creación publicitaria de esta época.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Tubau. Ob. cit. Pág. 34-35

<sup>6</sup> Parramón M. José. Así se pinta un cartel. 2ª edición. Instituto Parramón Ediciones. Barcelona. 1972. Pág. 20, 22

La muerte de Toulouse-Lautrec en 1901 y el abandono del arte por Cheret, dejó un vacío en Francia en el nuevo siglo. Tal, fue llenado por un joven caricaturista Italiano llamado Leonetto Cappiello, que llegó a París en 1898.

Se destaca en la historia del cartel a los Fauvistas, herederos de los impresionismo, empeñados en pintar carteles con verdes, rojos, azules y amarillos puros, saturados, intensos, con los colores más crudos.<sup>7</sup>

Cappiello se centró en crear una imagen simple, a menudo chistosa o extraña que capturaría inmediatamente la atención y la imaginación del espectador en un bulevar ocupado. En 1906, su cartel del ajenjo de Maurin Quina, diablo verde dañoso en un fondo negro con el deletreado simple del bloque, marcó la maduración de un estilo que dominaría el arte parisiense, hasta el de Deco de arte de Cassandre en 1923 (Fig. 2). Esta capacidad de crear una identidad de la marca de fábrica estableció a Cappiello como el padre de la publicidad moderna.



Fig. 2 Cartel "Ajenjo de Maurin Quina", elaborado por Cappiello en 1906

---

<sup>7</sup> Ib. Pág. 22

Durante el siglo XX el cartel se hizo dueño del mercado. La pauta la marcó en España durante muchos años el "Concurso del círculo" (el círculo de Bellas Artes de Madrid), que significa la consagración definitiva de un cartelista. Este concurso se inició en 1898 y fue interrumpido por la guerra en 1936. En él se relevaron Ribas, Penagos, Picó, Serny, Hortelano, Prieto.<sup>8</sup>

Durante la guerra la publicidad por medio de carteles fue de gran utilidad. Lenin y sus seguidores demostraron ser los pioneros de la propaganda moderna y el cartel se convirtió en un arma que sería utilizada a través del signo en guerras calientes y frías por todas partes.

Después de la guerra, el cartel español sufrió un oscurecimiento total, hasta que en 1946 el concurso convocado por Jabones Libel reanimó tal, y fue ganado por José Morell. En 1947 se reanudó el Concurso del Círculo, aunque muchas cosas cambiaron, ya que el cartel Español había dejado de estar a la altura mundial.

El diseño del cartel fue popularizado en un nuevo movimiento decorativo internacional, llamado arte Deco, donde las formas fueron simplificadas y aerodinamizadas, y los tipos de letra curvados fueron substituidos por lisos, angulares. Este arte demostró una variedad amplia de influencias gráficas de los movimientos modernos del arte del cubismo, de futurismo y de Dada; a los avances del diseño de la Secesión de Viena, de Plakatstil, y del Constructivismo ruso; el arte exótico de Persia, de Egipto y de África. El término del arte Deco se deriva de la exposición de los "artes decorativos" de 1925 en París, que demostró ser un escaparate espectacular.

---

<sup>8</sup> Ib Pág. 36

Ya en la Segunda Guerra Mundial el cartel jugó otra vez un papel grande como medio de comunicación, pero esta vez compartió la importancia con la radio y la impresión. Por este tiempo la mayoría de los carteles fueron impresos usando la técnica de offset (que sustituyó la litografía de piedra), que dio lugar al patrón familiar del punto a considerar en periódicos y compartimientos.<sup>9</sup>

El uso de la fotografía en carteles, comenzado en la Soviet-union en los años 20s, llegó a ser tan común como la ilustración. Después de la guerra el cartel declinó en importancia en la mayoría de los países, mientras que la televisión se convirtió en un competidor adicional. El último resplandor de la edad clásica del cartel litográfico ocurrió en Suiza, en donde el gobierno promovió pesadamente la industria de impresión y la excelencia del cartel. El establecimiento de un tamaño estándar del cartel y de un sistema nacional en 1914. En los años 50s el campo del cartel siguió creciendo con el desarrollo del estilo tipográfico internacional, refinado en las escuelas del diseño en Zúric y Brasilea, el estilo utilizó una rejilla matemática, reglas gráficas terminantes y una fotografía negra y blanca para proporcionar una estructura clara y lógica. Se convirtió en el estilo gráfico predominante del diseño en el mundo en los años 70s, y continúa ejerciendo influencia hoy.

El estilo tipográfico internacional comenzó a perder su energía al final de los 70s e inicio de los 80s, fue criticado como frío, formal y dogmático. Apareció entonces el diseño Post-Moderno, que fue conducido por un joven en Brasilea, Wolfgang Weingart, quien experimentó con la impresión de offset para producir los carteles que aparecían complejos y caóticos, juguetones y espontáneos, todos en contraste rígido a las enseñanzas de sus ancianos (Fig. 3). La liberación de Weingart de la tipografía era una

---

<sup>9</sup> Tubau. Ob. cit. Pág. 38-39

fundación importante para varios nuevos estilos de Memphis y de Retro, a los avances ahora que eran hechos de computadora.



Fig. 3 Diseño postmoderno de Weingart impreso en offset

El aspecto del cartel ha cambiado continuamente el último siglo para resolver las necesidades que cambian de la sociedad. Aunque su papel es menos central que hace 100 años, este se desarrollará más lejos, como lo hace la computadora, revolucionando así la manera en que nos comunicamos en el siglo XXI.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Terence. Ob. cit. Pág. 12-15

## 2. CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE COMUNICACIÓN, SEGÚN LA OMS

El comité de expertos de la OMS en educación sanitaria popular clasifica los métodos de comunicación en dos grandes grupos, según las características de relación que se establezca entre el educador (que es la fuente del mensaje) y los educandos (la población que lo recibe) (Cuadro 1).<sup>11</sup>

MÉTODOS DE EDUCACIÓN SANITARIA	
Métodos directos:	Métodos indirectos
El diálogo	Medios visuales: <b>Carteles</b> , vallas, folletos, cartas circulares, prensa  Medios sonoros: Radio  Medios mixtos audiovisuales: Cine, videos, televisión
La clase	
La charla	
La discusión en grupo	

Cuadro1. Clasificación de los métodos de comunicación según la OMS (Organización Mundial de la salud).

### 2.1 Métodos directos

Los métodos directos también son llamados bidireccionales debido a que la información va en dos direcciones, hacia el receptor a través del emisor, y viceversa. En este tipo de comunicación existe contacto directo entre el educador sanitario (odontólogo) y el educando (población a quien va dirigida

<sup>11</sup> Cuenca Manau. Manual de odontología preventiva y comunitaria. Editorial Masson. Barcelona. 1991. Pág. 255,256,261

la información). Se utiliza la palabra hablada como medio de comunicación, pues constituye el primer medio y el más efectivo con que siempre ha contado la educación. Se puede auxiliar además, con ayudas técnicas como: dibujos, pizarras, franelograma, diapositivas, etc. Por último estos métodos se usan en la información y educación sanitaria de individuos y grupos.

La principal ventaja del método directo, es la estrecha relación entre educador y educando, lo que facilita la aclaración, por parte del educador, de las dudas o problemas que puedan presentársele al educando.

## 2.2 Métodos indirectos

Los métodos indirectos también se conocen con el nombre de unidireccionales, ya que no existe ningún intercambio de información y sólo va hacia una dirección, es decir, hay una lejanía en el espacio y/o en el tiempo entre el educador y el educando; se utiliza la palabra hablada, escrita o la imagen, pero interponiendo entre el educador y el educando una serie de medios técnicos (los medios de comunicación de masas). Se utilizan en la información y educación sanitaria de grupos y colectividades (Figura 4). Como en el caso de esta tesina, la elaboración de un cartel.



Fig. 4 Cartel educativo.

Con estos métodos de comunicación, a diferencia de los métodos directos, no hay una relación cara a cara entre el educador y el educando, lo que hace imposible el reflujo de la información, y por lo tanto, la eficacia de esta se vea disminuida. Pero tienen una ventaja notable referente al número elevado de personas que alcanzan con la información, de tal forma que despierte inquietud e interés por ella, así mismo se incluye el bajo costo.<sup>12</sup>

Los medios de comunicación de masas tienen los siguientes efectos:

- Incrementan los conocimientos de la población sobre el tema, es decir, son útiles para informar y sensibilizar a los grupos y colectivos sobre los hábitos insanos objeto del programa educativo.
- Refuerzan las actitudes previamente sostenidas, pero no sirven para cambiar las actitudes contrarias firmemente arraigadas.
- Pueden dar lugar a cambios de conducta, pero solo cuando ya existe una predisposición previa a la acción. Los cambios de conducta no se producen después de la recepción de un mensaje de un medio de comunicación de masas, sino como consecuencia de la presión del grupo, del contacto directo con un agente de educación sanitaria o como consecuencia de una experiencia personal, o de los convivientes próximos.

En general, cuanto más estrecha es la relación entre el educador y el educando será mayor la interacción o reflujo entre ellos, aumentando la eficacia del método.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Ib Pág. 261-263,265

<sup>13</sup> Cuenca. Ob. cit. Pág. 256

### 3. COMUNICACIÓN VISUAL

#### 3.1 Definición de comunicación visual

La comunicación visual es prácticamente todo lo que ven nuestros ojos por ejemplo una flor, un dibujo, un cartel; imágenes que tienen un valor distinto, según el contexto en el que están incluidas, dando informaciones diferentes.<sup>14</sup>

Debido a la gran cantidad de mensajes que pasan ante nuestros ojos, la comunicación visual puede distinguirse de dos maneras: intencional o casual.

La *comunicación intencional* es aquella que debe ser recibida en pleno significado querido en la intención del emisor. Puede ser examinada bajo dos aspectos:

1. La información estética: Se entiende por esta un mensaje que nos informe, por ejemplo las relaciones temporales visibles en la transformación de una forma en otra (la nube que se deshace y cambia de forma).
2. La información práctica: Esta hace referencia a lo que el emisor quiere dar a entender como tal, por ejemplo una señal de tráfico.

---

<sup>14</sup> Munari Bruno. Diseño y comunicación visual, contribución a una metodología didáctica. 12ª edición. Editorial Gustavo Gili. Barcelona. 1996. Pág. 79

## 3.2 El mensaje visual

Para la comprensión de este tema es necesario mencionar que en el proceso de comunicación intervienen principalmente: el emisor, el mensaje y el receptor.

El *emisor*, es el encargado de iniciar y guiar en primera instancia el acto de la comunicación, y el *receptor* recibe la información enviada por el emisor permitiendo que este acto o proceso se complete. El mensaje de acuerdo con David K. Berlo se refiere a la unidad que desglosa el contenido de una información, además de ser quien une al emisor y al receptor. En el mensaje se destacan tres factores:<sup>15</sup>

1. Código: El modo como se estructuran en el mensaje los símbolos.
2. Contenido: Hace referencia al material para explicar un propósito.
3. Tratamiento: Es el modo como se presenta el mensaje

La comunicación visual se produce por medio de mensajes visuales que actúan sobre nuestros sentidos, sonoros, térmicos, dinámicos, etc. Estos a su vez se llevan a cabo gracias a la presencia de un emisor y un receptor. Pero este se encuentra inmerso en un ambiente lleno de interferencias que pueden alterar e incluso anular el mensaje, como por ejemplo el ruido.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> González Alonso Carlos. "La comunicación". Universidad Abierta. [www.UniversidadAbierta.edu.mx/scr/Est/FormBas/Comun/comunicacion.htm](http://www.UniversidadAbierta.edu.mx/scr/Est/FormBas/Comun/comunicacion.htm)

<sup>16</sup> Munari Ob. cit. Pág. 82

Además cada receptor posee filtros, a través de los cuales debe pasar el mensaje para que sea recibido. Se describen tres tipos de filtros:

- De carácter sensorial. Por ejemplo un daltónico no ve determinados colores y por ello los mensajes basados exclusivamente en el lenguaje cromático se alteran o son anulados.
- Filtro operativo o dependiente de las características constitucionales del receptor, por ejemplo, un niño de tres años analizará un mensaje de una manera muy diferente de la de un hombre maduro.
- Filtro cultural. Este se refiere a que dejará pasar solamente aquellos mensajes que el receptor reconoce, es decir los que forman parte de su universo cultural.

Una vez atravesada la zona de interferencias, y los filtros, se llega a la zona interna del receptor, que será llamada, "zona emisora del receptor". En esta se pueden emitir dos tipos de respuestas al mensaje recibido, una interna, que se refiere a la información comprendida, y una externa que es la que incita al receptor a realizar la acción, es decir es la respuesta (Figura 5).<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Ib Pág. 84

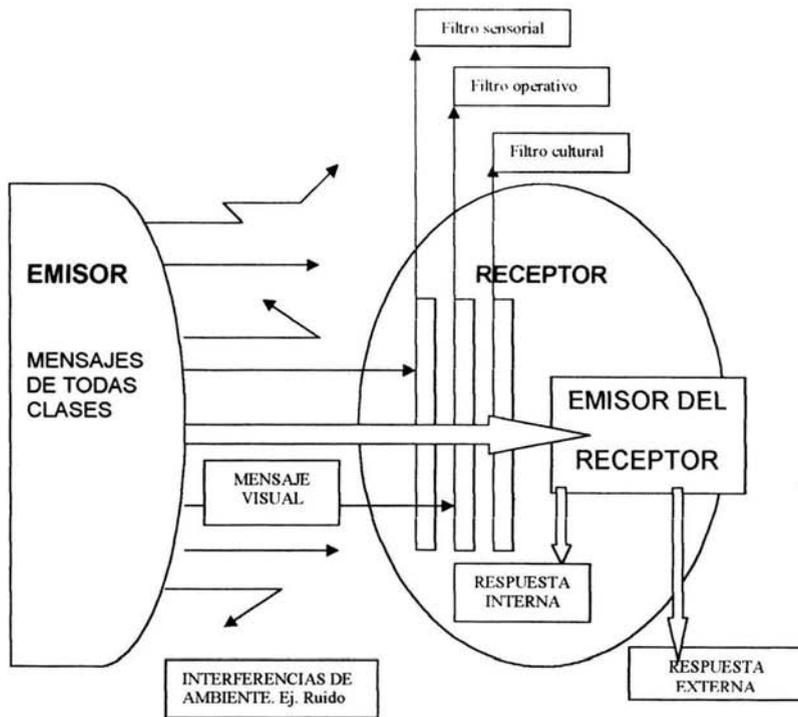


Fig. 5 Proceso del mensaje visual<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Ib. Pág. 83

## 4. EL CARTEL

### 4.1 Concepto de cartel

La difusión de la información tiene en la actualidad infinidad de formas de transmitirla, una de ellas es el cartel (objeto de investigación en esta tesina), y puede ser definido de distintas formas:

- Es un material gráfico que transmite un mensaje al espectador con el propósito de que lo reciba, lo recuerde y actúe en forma concordante a lo sugerido por el propio cartel.<sup>19</sup>
- **“un grito en la pared”** que atrapa la atención y obliga a percibir el mensaje.<sup>20</sup>
- Según Santiago Pol, cartelista venezolano, lo define como “un puñetazo en el ojo cuyo hematoma queda en la memoria del espectador.
- Una modalidad práctico, eficiente y moderna de comunicación médica, donde se deben señalar los aspectos importantes de la investigación.<sup>21</sup>
- Es un vehículo publicitario cuyo contenido ha de ser eminentemente gráfico, llamativo, comprensible y persuasivo, a fin de fijar el recuerdo y promover la acción a favor de la idea, el producto o servicio que este anunciando.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Cuenca. Ob. cit. Pág. 263

<sup>20</sup> Tubau. Ob. cit. Pág. 34

<sup>21</sup> Jara Casco Eugenio. “Presentación de trabajos científicos en cartel o póster”. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000; 16 (4): 410-5

<sup>22</sup> Parramón. Ob. cit. Pág. 37.

## 4.2 Función del cartel

La función principal de un cartel es atraer la atención de un modo intenso y rápido sobre un asunto, aunque no solo debe informar, sino que también deben inducir a seguir una línea de conducta.

El cartel tiene por fin la promoción y venta de ideas, productos o servicios, a través de una imagen llamativa, comprensible y persuasiva que obtenga la mirada del lector, fije el recuerdo de la idea comunicada e incite a la acción.<sup>23</sup>

## 4.3 Tipos de cartel

Existen dos tipos:

**Informativo:** Es el que está planeado para comunicar eventos, conferencias, cursos, reuniones sociales, espectáculos, etc. Este tipo de carteles puede ser presentado sólo con texto, para lo cual se recomienda letras grandes sobre fondo de color contrastante. Los textos deberán proporcionar sólo la información indispensable.

También pueden ser presentados con texto e imagen, para lo cual la información se proporciona acompañada de imagen que puede estar a base de tipografía de sujetos, objetos o formas que acompañan textos cortos, que den sólo la información necesaria.

---

<sup>23</sup> Ib Pág. 37

**Formativo:** Se utiliza como un medio para propiciar el establecimiento de hábitos de higiene, salud, limpieza, seguridad, orden, etc. También se usa para propiciar actitudes de confianza, actividad, esfuerzo, conciencia, etc. En este tipo de cartel la imagen tiene preponderancia sobre el texto, el mensaje es expresado gráficamente en forma clara y sólo se apoya en un corto texto, que de énfasis a la idea sugerida.

El cartel formativo en la promoción de la salud, puede convertirse en un magnífico recurso para evitar las enfermedades, los accidentes y promover los hábitos higiénicos.<sup>24</sup>

#### **4.4 Características generales del cartel**

Las características de un cartel se determinan por el gusto y la imaginación de quien va a elaborarlo, pero tomando en cuenta aspectos que debe incluir como lo es, el mensaje **global**, percibiéndose como un todo en el que cada elemento se integra armónicamente y crea una unidad estética de gran impacto. **Sencillo**, de acuerdo a la población a la que nos estamos dirigiendo. **Conciso**, pues el texto debe incluir la idea principal del objetivo por el que se elabora. **Claro**, pues debe ser entendido el mensaje que se desea transmitir y no desviar la información.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Reyes Carlos Alfonso, M.D. Guillermo Lanas, M.D. "La alegría de publicar 3. Las presentaciones de carteles en congresos científicos. Colomb. Med 2001: 32: 93-95

<sup>25</sup> Cuenca. Ob cit. Pág. 263

## 4.5 ¿Dónde debe colocarse un cartel?

Debe Instalarse en lugares visibles y estratégicos en exteriores (calles) o en interiores (escuelas, centros sanitarios, empresas, etc.).<sup>26</sup> Se toma en cuenta la fluencia de personas en el sitio; si esta muy alto o muy bajo, pues las letras se llegan a ver deformes.<sup>27</sup>

## 4.6 La “atención”, factor importante para captar el mensaje de un cartel.

De acuerdo con el psicólogo y pedagogo se distinguen dos tipos de atención: una atención de orden sensitivo y una atención de orden emotivo.<sup>28</sup>

La atención de orden sensitivo es de carácter psicofísico y se produce independientemente de nuestra voluntad, es espontánea o inconsciente, inestable y no duradera. En este tipo de atención simplemente la persona se limita a ver de una manera pasiva. Por ejemplo, si en el momento que un cartel llama la atención a una persona, se escucha un ruido, este puede sustituir la llamada anterior y la impresión por el cartel sería reemplazada.<sup>29</sup>

La atención de orden emotivo es de carácter psíquico y obedece a un acto razonado, es voluntaria, consciente, estable y activa, en la que intervienen la inteligencia, la comprensión y el juicio. En este tipo de atención, la persona se aplica a mirar de una manera activa, observando, relacionando, razonando, percibiendo realmente el contenido del mensaje.

---

<sup>26</sup> Reyes. Art cit. Pág. 93-95

<sup>27</sup> Laing John. Haga usted mismo su diseño gráfico. Edit. Hermann Blume. España. 1990. Pág. 78

<sup>28</sup> Parramón. Ob cit. Pág. 38

<sup>29</sup> Ib. Pág. 38, 39

De esta forma la atención voluntaria es más fugaz en el cartel, pero debe atravesar primero por una atención espontánea.<sup>30</sup>

#### **4.6.1 Factores que ayudan a obtener la atención voluntaria y espontánea.**

Los factores promotores de la atención espontánea, son la forma, tono, color, contraste, tamaño, y serán mencionados más adelante. Sin embargo dentro de los factores que nos ayudan para obtener una atención voluntaria tenemos:<sup>31</sup>

- 1) La curiosidad. Factor que logra borrar ideas e impresiones del individuo, sustituyéndolas por el asombro que le produce la novedad del objeto. Esto significa que en un cartel, la idea o la imagen debe ofrecer un contenido nuevo, único, inédito y original.<sup>32</sup>
- 2) Las motivaciones humanas. Antes de iniciar un cartel, se debe tomar en cuenta el sexo, la edad, la clase social, el nivel económico y cultural al que pertenece la persona a quien va dirigido. Además es importante conocer que dentro de la "Clasificación valorada de motivaciones" confeccionada por Daniel Starch, se encuentran cinco motivos esenciales, capaces de interesar al hombre y hacerle actuar.<sup>33</sup>
  - Hambre - apetito
  - Amor a los hijos
  - Salud
  - Comodidad corporal
  - Aprobación por terceros

---

<sup>30</sup> Ib. Pág. 40

<sup>31</sup> Ib. Pág. 60

<sup>32</sup> Parramón. Ob. cit. Pág. 61

<sup>33</sup> Ib. Pág. 62

#### 4.7 Elementos principales del cartel

A partir de las referencias citadas en el transcurso de este tema, se elaboró un cuadro, con los elementos considerados importantes, para la elección de un cartel (Cuadro 2).

Elementos físicos	Color	Complementarios Armónicos			
	Imagen	Forma	Naturales Geométricas Abstractas		
		Elaboración	Fotográficas	Normal Con efectos	
			Dibujadas	Realista Caricaturizado Estilizado	
Texto o leyenda	Encabezado Pie de página				
Composición	Se busca equilibrio y armonía.				
Tamaño	Común 75 x 100 cm. Pequeño 35 x 50 cm.				
Formato	Vertical Horizontal				

Cuadro 2. Elementos principales considerados en un cartel.

## 4.7.1 Elementos físicos

Son aquellos que constituyen el arreglo estético y el atractivo visual. Entre ellos, tenemos:

### 4.7.1.1 *Color*

El color atrae la atención de quienes lo ven. Los colores deben ser llamativos y bien combinados, con objeto de que despierten el interés por el tema y provoquen el estado de ánimo que se quiera impulsar. Para saber más acerca de la elección de carteles que llamen la atención a través de los colores, es necesario mencionar a los herederos de los impresionistas, "los fauvistas", pintores que como Van Gogh o Gauguin, tenían la virtud de pintar con colores planos (color continuo, uniforme y sin tonos), y colores vivos (puros y saturados). Otro importante cartelista fauve es Seignac, quien describe que los colores utilizados para un cartel, son principalmente los colores primarios (amarillo, magenta, azul cyan, negro y blanco) secundarios (rojo, verde intenso, azul intenso) y terciarios (naranja, verde claro, carmín, violeta, etc.; y dentro de esta gama de colores es suficiente colocar cuatro de ellos<sup>34</sup>.

Es entonces, que para la elección del color hay que seguir ciertas reglas: usar pocos colores, aplicar colores planos, sin matices, usar fondos contrastantes y usar colores claros. Los contrastes pueden hacerse recurriendo a la combinación de los colores complementarios (por ejemplo violeta o amarillo) o a los armónicos (por ejemplo: bermellón que sale del rojo y amarillo). La combinación de colores armónicos se percibe de una manera más relajada, en cambio; la combinación de colores complementarios es

---

<sup>34</sup> Parramón. Ob. cit. Pág. 50

percibida como más agresiva. Sin embargo cualquier combinación es válida si se consigue el efecto deseado.<sup>35</sup>

Tono. Es el valor del color y puede ayudar a captar la atención, aplicando cuando sea posible, las normas siguientes:<sup>36</sup>

- Pintando tonos claros. El tono claro es siempre más luminoso, más chillón, particularmente cuando se compara con los tonos que rodean un cartel.
- Pintando tonos continuos. Para un cartel es preferible una inclinación por imágenes constituidas por grandes superficies pintadas con colores continuos, resaltando la disminución de color entre uno y otro.
- Usando pocos tonos. En un cartel es preferible el uso de colores puros, enteros, sin rebajarlos, o si es necesario, adicionando uno o dos tonos claros y continuos.

---

<sup>35</sup> Cuenca. Ob. cit. 263. 265

<sup>36</sup> Parramón. Ob. cit. Pág. 47. 48

#### 4.7.1.2 El lenguaje del color en la publicidad

El lenguaje del color se da a través de asociaciones que dependen de la preferencia habitual, cultura y tradición establecida en una persona, por ejemplo el color de ropa (Cuadro 3).<sup>37</sup>

Asociación por semejanza	
Color	Asociación
Azul	Frío, fresco, sano, saludable
Rojo	Calor, fuego, hogar, majestuosidad
Amarillo	Fuerza, potencia, vitalidad
Verde	Frescor, vitalidad, calma, esperanza
Gris	Tema social en general
Rosa- azul claro	Infancia, dietética, belleza, feminidad
Rojo-amarillo	Productos alimenticios en general
Morado- carmín	Tema religioso en general
Azul- amarillo	Detergentes, limpieza en general

Cuadro 3. Asociación del color

<sup>37</sup> Ib. Pág. 69

Otra manera de percibir los colores, es debido a los efectos psicológicos, que pueden llegar a crear una atmósfera placentera o anularla. Es por ello que cada familia de colores conlleva a asociaciones positivas y negativas. (Cuadro 4)<sup>38</sup>

Psicología del color		
Color	Asociación positiva	Asociación negativa
Amarillo	Luz del sol, alegría, resplandor y optimismo.	Celos, cobardía y engaño.
Rojo	Vitalidad, alegría, coraje e iniciativa	Agresión, crueldad, los disturbios y la inmoralidad.
Azul	Eficacia, contemplación, el orden, y la lealtad.	Sentimientos de depresión y separación, frialdad y apatía.
Verde	Paz, equilibrio, armonía honestidad, prosperidad, fertilidad, regeneración y crecimiento	Connotaciones de avaricia, envidia, repugnancia, veneno y corrupción.

Cuadro 4. Asociación psicológica del color

#### 4.7.1.3 Imagen

La imagen debe ser atrayente y adecuada al tema, de modo que con una sola mirada permita comprender la idea que se pretende transmitir. Resume la idea a una expresión gráfica, sin dejar de ser clara y significativa. Son poco recomendables las simplificaciones exageradas, así como el abuso de abstracciones, debido a que presentan dificultades para su comprensión o

<sup>38</sup> Berry Susan y Martin Judy. Diseño y color. Editorial BLUME. Barcelona. 1994. Pág. 10,11

decodificación del mensaje, y en consecuencia, el número de observadores que entiendan el mensaje se reducirá.<sup>39</sup>

**“los buenos carteles no necesitan títulos ni rótulos, se explican, comprenden y recuerdan por la imagen”<sup>40</sup>**

Las imágenes que se aplican en un cartel se clasifican en cuanto a la forma, son: *Naturales, geométricas o abstractas*.

*Forma natural*: Representación total o parcial de la figura humana, de los seres vivos o de las cosas que nos rodean (objetos creados por el hombre<sup>41</sup>), como, el escritorio, la pluma, el cuadro, lámpara, etc. Las formas naturales por lo general provocan mucho la atención de las personas.

*Forma geométrica*: Se identifica fácilmente, pueden ser simples o compuestas y no exigen gran refuerzo perceptivo de quien las observa. Por ejemplo, un círculo un cuadrado o un rectángulo.

*Forma abstracta*: No tiene relación aparente con el mundo objetivo que nos rodea. Son imágenes que han sido usadas simbólicamente en un estilo de expresión muy personal del autor. Exige una mayor participación de quien las observa. Estas imágenes corren el riesgo de que el significado que le de el observador no sea el que le dio el realizador.

De estas tres formas ¿cuál es la preferida por el público?, un famoso psicofísico llamado Albert Fechner dice que las formas más llamativas, las que mejor se observan y se recuerdan con mayor facilidad son, en primer

---

<sup>39</sup> Reyes. Art cit. Pág. 93-95

<sup>40</sup> Parramón. Ob cit. Pág. 64

<sup>41</sup> Ib. Pág. 42

lugar las formas geométricas, en segundo lugar, las naturales y por último las abstractas.

La preferencia por las formas geométricas obedece a un principio de hedonismo (lograr la máxima satisfacción con el mínimo esfuerzo), pues el observar este tipo de forma no exige ningún esfuerzo para ser comprendidas, es decir se perciben e identifican inmediatamente. Las formas naturales aunque ubicadas en segundo lugar pueden facilitar el recuerdo de la imagen del cartel, principalmente las que representan el hombre, sus partes (boca), o cosas relacionadas con él, ya que todos los objetos y sujetos íntimamente ligados al hombre, son una prolongación de nuestro yo, y este es lo más importante para nosotros mismos. El tercer lugar otorgado a las formas abstractas, se debe a que son la antítesis del factor comprensión y del objetivo fijar el recuerdo, por ello no deben ser utilizadas para la creación de un cartel.<sup>42</sup>

En cuanto a su elaboración, las imágenes que se aplican al cartel pueden ser: fotográficas o dibujadas.<sup>43</sup>

*Fotografía:* Ha sido poco utilizada por los cartelistas, pero con las nuevas técnicas fotográficas ha proporcionado un campo ilimitado para la creación de imágenes originales y llamativas. La imagen fotográfica se divide en:

- ❖ Imagen fotográfica normal: Aquella que ha sido captada en la realidad sin ningún artificio de laboratorio.

---

<sup>42</sup> Ib. Pág. 43, 46

<sup>43</sup> Reyes. Art cit. Pág. 93-95

- ❖ Imagen fotográfica con efectos. Son las que se elaboran en el laboratorio y su atractivo depende de la dedicación del creador. Estas son más apropiadas para el cartel.

*Dibujo:* Preferido por las personas que realizan los carteles y por el público en general. El dibujo que se utiliza actualmente es más sencillo que los primeros que se hicieron en el siglo pasado, tienden a sintetizar los elementos que lo integran; esto exige del realizador gran imaginación y creatividad.<sup>44</sup>

Los tipos más usuales de dibujo aplicados al cartel son: el realista, caricaturizado, y el estilizado.

- ❖ Realista: Se caracteriza por estar apegado, tanto objetos como sujetos, a la realidad. Es poco recomendable porque requiere mucha elaboración y no provoca tanto la atención.
- ❖ Caricaturizado: Es más adecuado, pero hay que usarlo con moderación y buen gusto. Por ejemplo no hay que usar situaciones negativas como la ridiculización, los objetos repugnantes, y escenas dramáticas o hirientes.
- ❖ Estilizado: Generalmente busca la simplificación de los detalles, este tipo de dibujos es el más usual, pues pretende crear formas nuevas que llamen la atención y el interés. La estilización no es recomendable si está lleva al observador a la pérdida del significado.

---

<sup>44</sup> Ib. Pág. 93- 95

## 4.7.2 Texto

Debe ser lo más breve posible (un grito en la pared) y terminante, de tal forma que cualquier persona lo capte fácilmente al pasar.

Tiene una doble función, refuerza el mensaje implícito en la imagen y en sí mismo, que es un elemento importante en la composición que ayuda a dar la impresión de equilibrio.

La redacción no debe ser extensa, debe ser un destello que el observador visualizará en segundos. En algunos casos un texto interrogativo puede ser el centro motivacional de un cartel.<sup>45</sup>

Tampoco se puede olvidar que la redacción debe estar determinada por el nivel cultural y social de las personas a las que ira dirigido en mensaje.

En el cartel se incluyen dos tipos de texto:

**Encabezado:** Sirve de título al cartel, es el primer elemento del texto que llama la atención de las personas; se debe escribir con letras de mayor tamaño que las del pie, y con una, dos o tres palabras a lo máximo.

**Eslogan.** Es una palabra de origen gaélico que significa "grito de guerra". Con la introducción del lenguaje comercial apareció el término slogan en francés y en inglés; definido entonces, como una "fórmula breve y original utilizada para publicidad que no debe confundirse con un lema". Sus

---

<sup>45</sup> Cuenca. Ob. cit. Pág. 265

características principales son la brevedad, la concisión, originalidad y el grado de atracción que pueda ejercer sobre el destinatario, para que sea fácil de recordar e invite a que se emita reiteradamente.<sup>46</sup>

**Pie de página.** Tiene como función clasificar y profundizar el mensaje, da los detalles y globaliza la información. Para su interpretación es necesario que el observador se acerque al cartel. Su extensión varía dependiendo de las necesidades del mensaje, pero se recomienda que la redacción sólo incluya lo elemental.<sup>47</sup>

El tipo de letra es importante, pues a través de ella se transmiten significados emotivos y sentimientos que combinada con la imagen puede resultar un impactante mensaje global. Aunque no se determina una letra estándar, esta debe ser clara (molde), sin símbolos o abreviaturas, y debe seguir las reglas de un lenguaje tipográfico (Cuadro 5).<sup>48</sup>

El doctor Jara Casco menciona en su artículo, que el cartel se debe alcanzar a leer a una distancia de un metro o más, y recomienda que las letras o números empleados en textos e ilustraciones sea de 0,50 a 0,75 cm. de altura, con trazos gruesos y negros. El título, de acuerdo con el Dr. Jara, debe ser breve, atractivo, con no más de 15 palabras, evitando letras muy grandes (el tamaño ideal de 2,5 a 3 cm.)<sup>49</sup>, Aspectos que después son utilizados y aprobados por la doctora Livia Cabrera López, quien resalta además, que las partes que más llaman la atención en un cartel son, la de arriba y la del centro. No recomienda el uso de la máquina de escribir, y

---

<sup>46</sup> Peña Pérez Gloria. "El valor persuasivo del eslogan publicitario". La lengua española y los medios de comunicación". Servicio de publicaciones de la universidad complutense. Madrid. 1999. Pág. 143-154

<sup>47</sup> Reyes. Art. cit. 93- 95

<sup>48</sup> Parramón. Ob. cit. Pág. 78

<sup>49</sup> Jara Casco Eugenio. "Presentación de trabajos científicos en cartel o póster". Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000. Volumen 16. No. 4. Pág. 410-5

refiere que "el póster no debe ser normado en su elaboración, se dan orientaciones generales. Todo depende de la creatividad de los autores, la calidad del trabajo y la habilidad en la presentación".<sup>50</sup>

El lenguaje de las letras	
Letra de palo seco	Indicada para expresar actualidad, mecanismo, fuerza, industria.
La letra de estilo romano	Indicada para expresar clasicismo, tradicionalismo, religión, arte, debilidad.
<b>La letra gruesa</b>	Es símbolo de fuerza, poder, energía.
La letra delgada	Simboliza debilidad, suavidad, elegancia, lujo.
La letra <i>CURSIVA</i> <b>MAYÚSCULA</b>	Es símbolo de dinamismo.
<b>LA LETRA</b> <b>MAYÚSCULA</b>	Indica título, encabezamiento, anuncio.
La letra minúscula de estilo romano	Indica conversación, frase, charla.

Cuadro 5. Lenguaje tipográfico

### **Contraste de letras o formas sobre fondos de colores**

Las letras de un cartel pueden ofrecer la ilusión de adelantarse o alejarse, esto se debe ha el contraste que existe entre el color del fondo y el color de las letras. La gama de colores próximos esta constituida por los colores calientes (amarillo, naranja, rojo, carmín), y la de colores distantes está formada por colores fríos (azul, verde, violeta y gris).

Por lo tanto es recomendable para la elección de colores en el texto y fondo de un cartel, las siguientes 10 combinaciones (cuadro 6), de las

<sup>50</sup> Cabrera López Livia y col. "El cartel como modalidad de presentación de trabajos científicos en medicina familiar. Nuestra experiencia". Revista Cubana de Medicina General Integral. Marzo-abril. 2000. Volumen 16. No. 2.

cuales, las más usuales son el negro sobre blanco, negro sobre amarillo, negro sobre rojo y rojo sobre negro.<sup>51</sup>

NEGRO SOBRE BLANCO	NEGRO SOBRE AMARILLO	ROJO SOBRE BLANCO	BLANCO SOBRE NEGRO	AMARILLO SOBRE NEGRO
AZUL SOBRE BLANCO	BLANCO SOBRE AZUL	BLANCO SOBRE ROJO	NEGRO SOBRE ROJO	ROJO SOBRE NEGRO

Cuadro 6. Combinación de colores para el texto y fondo de un cartel

### 4.7.3 Composición

La composición se refiere a la distribución de los elementos, tanto las figuras como los textos, en el área utilizable del papel. La composición debe buscar el equilibrio y la armonía, no solo en lo referente a la imagen, sino también en cuanto lo colorido y estética. El mensaje debe estar compuesto de forma integral, como si fuera una unidad perfectamente equilibrada.<sup>52</sup>

### 4.7.4 Tamaño

El tamaño del cartel se considera dependiendo el lugar en que será colocado y la distancia en la que pasarán los que lo observen. Así mismo se determina por la cantidad de información que contendrá dicho medio visual.

La medida internacional del cartel es de **70 x 100 cm.**, también hay de **50 x 70 cm (mediano)**, y pequeño de **35 x 50 cm**. Este tipo de medidas

<sup>51</sup> Parramón. Ob. cit. Pág. 58, 59

<sup>52</sup> Swann Alan. Bases del diseño gráfico. 2ª edición. Edit. Manuales de diseño. Barcelona. 1992. Pág. 130

son recomendables pues están en función de las medidas comerciales del papel, con lo cual se evitará el desperdicio, pero puede ser cualquier tamaño, según el diseño que tenga en mente el emisor.

#### 4.7.5 Formato

Existen dos tipos: el **vertical** (es el más utilizado), y el **horizontal**, apaisado o paisaje. La selección de uno u otro depende de las intenciones del mensaje y de la estética o composición.<sup>53</sup>

### 5. EL CARTEL COMO TEXTO PUBLICITARIO

El cartel es el medio de publicidad más explotado actualmente, debido a las inquietudes que despierta en la población, esto gracias al cuidado que se tiene en el modo de la difusión del tema de interés, para erradicar un problema. Por ello un buen texto publicitario suele ser: **sintético** (que no quiere decir breve, sino que no posee nada superfluo), **estimulante** (que impulse la acción, o que haga que la gente comente: ¡Qué buen aviso! y que además piense: ¡Necesito practicarlo!), **tenso** (para dar la sensación de que algo va a ocurrir), y **claro** (es importante que el escrito sea de acuerdo al entendimiento de la población hacia la que va dirigida).<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Reyes Art. cit. Pág. 93- 95

<sup>54</sup> Palmeri Ricardo. En pocas palabras, manual de redacción publicitaria para avisos gráficos y folletos. Ediciones la Crujía. Buenos Aires. Marzo 2004. Pág. 45

## 5.1 Requisitos de redacción

**Claridad:** Los lingüistas conocen tres niveles de lengua o comunicación verbal:

- Superior: Es el académico, el científico, aquel que solo puede ser entendido por personas adentradas en la materia.
- Medio: Es el de la conversación formal.
- Inferior: El amistoso, familiar. Incluso todo argot o lenguaje cerrado entraría en esta categoría.

La publicidad se mueve generalmente en los niveles medio e inferior. El lenguaje queda reservado a folletos técnicos o publicaciones especializadas.

**Brevedad:** Se habla de que esta es una de las virtudes de un buen texto. Pero al mismo tiempo hay casos de excelentes avisos con textos que pueden considerarse largos. Más bien habría que indicar que un buen texto tiene la cantidad exacta de palabras. Algo que naturalmente es muy difícil de calcular.

**Naturalidad:** Ser natural es lograr una escritura que resulte muy fluida a los ojos del lector. Y para alcanzar este summum es preciso corregir bastante el primer texto sugerido.

**Corrección gramatical:** Es el escribir bien, sin fallas de ortografía y en la sintaxis. Partiendo de la base de quien redacta lo hace de manera correcta,

posee el derecho de tener siempre a mano el diccionario cuando una palabra genere dudas.<sup>55</sup>

## 5.2 Selección de palabras

**Palabras permanentes y palabras perecederas:** Hay palabras de moda y palabras que pasan de moda. Estas dos cuestiones tienen algo de verdad, ante ese hecho, es mejor tomar el camino de en medio y evitar ciertos lenguajes muy específicos. Por ejemplo: en el lenguaje juvenil es importante saber si a los jóvenes les agrada que se les hable en su propio idioma sin que sientan que es una burla de su manera a comunicarse. Otro ejemplo, el lenguaje procaz, no se trata aquí de las malas palabras. Cualquier forma de vulgaridad, puede ser llamativa al principio, pero después, tal vez perjudique su trayectoria, en todo caso, siempre el escándalo ha sido usado para atraer la atención. Lo mismo sucede con el lenguaje excesivamente coloquial. Ser familiar no implica que se escriba de la misma manera en que se habla.

**Palabras calientes:** Una palabra caliente suele resultar más gráfica que otra que no lo es, aunque el límite es impreciso y no existe un listado de palabras para ambas temperaturas. Sin embargo como una guía para reconocer palabras calientes, se podría asegurar que:<sup>56</sup>

- Son de uso cotidiano pero no vulgar.
- Son más fuertes que cualquier sinónimo.
- Remiten a una imagen
- Resultan ligeramente agresivas.

---

<sup>55</sup> Ib Pág. 46-47

<sup>56</sup> Palmeri. Ob cit. Pág. 48-49

**Evitar regionalismos o vulgarismos:** Un buen texto publicitario debería ser entendido al menos en el país por el medio de comunicación donde se publica. Los vulgarismos, que suelen proceder del lenguaje coloquial, son muy filosos y su uso es conflictivo.

**Usar palabras extranjeras solo cuando sea imprescindible:** Es cierto que el inglés cada vez tiene más presencia en el idioma español. Pero abusar de las palabras de esa lengua hace que el texto termine sonando ridículo. Por más que la pretensión del redactor fuera que sonara internacional o moderno.

**Preferir las palabras específicas a las genéricas.** Por ejemplo en lugar de musculatura, músculos. Las palabras genéricas levantan una pared entre el redactor u el lector. Uno queda en la cima y el lector abajo. No es bueno humillar al público.

**Eludir tecnicismos:** Salvo en textos especializados. Si se puede escribir dolor de barriga, ¿por qué emplear dolor abdominal? Solo los textos destinados a expertos admiten palabras científicas y técnicas.

**Checar el significado exacto de cada palabra:** Si hay dudas la intuición no es una buena guía, es mejor usar el diccionario.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> Ib Pág. 52, 53

## 6. ETAPAS PARA EL DISEÑO DE UN CARTEL

El diseño del cartel es el territorio de la auténtica creatividad, y en el pasado se utilizó como una muestra pública de talento individual. Antes de realizar el diseño se toman en consideración los siguientes factores:<sup>58</sup>

- Establecer que información debe comunicarse.
- Decidir el tamaño, las proporciones y la forma.
- Ubicar la colocación del cartel.
- Simplificación de la información a comunicar.
- Preparación de versiones a escala reducida.
- Examinación del espacio y sus efectos.
- Selección del tipo adecuado para el diseño.
- Asegurarse que el mensaje se transmita con claridad y dinamismo.

En términos generales el diseño se define como la ordenación, composición y combinación de formas y figuras.<sup>59</sup>

El proceso del diseño tiene que atravesar diferentes etapas hasta que se plasma la idea original en forma gráfica:

***Etapas 1.*** Es el encargo, es decir escoger al diseñador. Se realiza una entrevista entre el diseñador y el cliente. En esta etapa se decide el esbozo de lo que se desea, junto con otras cuestiones, tales como presupuesto y plazo de tiempo.

***Etapas 2.*** Una vez decididos los detalles iniciales, el diseñador prepara una versión aproximada del diseño, que puede variar desde un simple esbozo de

---

<sup>58</sup> Swann. Ob. cit. Pág. 130- 131

<sup>59</sup> Ib. Pág. 131

los componentes básicos hasta un boceto acabado. El boceto debe incluir la rotulación (si la hay) y la composición de los elementos gráficos. El diseñador trabaja con un lenguaje de signos e imágenes, y en todos los casos esta tratando de comunicar información de un modo que resulte nuevo e interesante para el público.<sup>60</sup>

El diseñador tiene que calcular el costo aproximado de la reproducción e impresión. Debe pedir fotografías o ilustraciones para el diseño, así que debe ser capaz de dar instrucciones al fotógrafo o ilustrador.

**Etapa 3.** Cuando el diseñador dispone de todas las copias, fotografías e ilustraciones, empieza a preparar el diseño para su reproducción e impresión. Una vez preparado se manda a reproducir. Cuando le devuelven las pruebas, el diseñador debe repasar todos los colores y corregir cualquier mancha o fallo.

**Etapa 4.** Se realiza el montaje y se imprime. En esta etapa las alteraciones son caras y difíciles de hacer.

El diseño del cartel gira alrededor de las proporciones de los elementos que se han de mostrar. La esencia y la fuerza de su mensaje estarán controladas por la tensión calculada que se logre dentro del área.

## 6.1 Bocetos

Para establecer la comunicación entre el diseñador y el odontólogo, de la idea que se quiere transmitir en el cartel, es necesaria la realización de bocetos, con los cuales el diseñador mostrará los avances de su trabajo y el odontólogo hará notar los cambios pertinentes para que no se pierda el

---

<sup>60</sup> Terence. Ob. cit. Pág. 107-108, 144, 146

mensaje que se quiere transmitir, pero siempre con la orientación del diseñador para que el cartel no pierda su eficacia.

### ***Boceto preliminar:***

Es una versión aproximada del diseño, esta puede adoptar diversas formas: desde un boceto esbozado, que da una indicación de la idea básica, hasta un boceto acabado. Para dibujar un boceto, se puede usar cualquier instrumento, lo normal es hacerlo con un lápiz o rotulador. El lápiz es más adecuado para trabajos detallados, especialmente si la tipografía tiene un papel importante en la composición.<sup>61</sup>

Uno de los propósitos del boceto es crear una base sobre la que se discutirá; nunca debe considerarse como la última palabra. Por ejemplo, no es necesario especificar la imagen central, ni presentar las diapositivas en ese momento. Lo importante es establecer que va a haber una imagen central, y el tema de dicha imagen. No hay necesidad de dar la fuente exacta, pero si que se deben indicar los encabezados, los párrafos y el espacio que va a ocupar el texto.

### ***Boceto terminado:***

Debe reflejar perfectamente el producto final, aunque no es necesario que las imágenes sean exactas, deben mostrar el espacio que tendrán las fotografías o dibujos definitivos; por lo tanto las imágenes deben ser bastante elaboradas, en color si es posible. También es aconsejable tomar ejemplos de la obra del ilustrador.

---

<sup>61</sup> Ib Pág. 108. 144. 146

## 7. ELEMENTOS QUE SE CONSIDERAN IMPORTANTES PARA ABORDAR EN EL CARTEL

### 7.1 Educación y la madre gestante

Walter Figueiredo refiere que Nakama (1994), dice que: "Educar para prevenir es la base" y la mejor etapa para su inicio es antes del nacimiento, con la introducción de un programa preventivo donde el odontólogo u odontopediatra es el principal en aportar información de manera simple, practica y aceptable, pero no autoritaria a la madre, por ser la que tiene mayor cercanía con el bebé y que se encargará de difundir lo aprendido a las personas que lo circundan.<sup>62</sup>

Cuando una mujer queda embarazada, ella y su familia optan ser más receptivos a cualquier información que beneficie al bebé, por lo que el profesional debe aprovechar para hacerle saber que el equipo de salud es un sistema de apoyo que le proporcionará el estímulo y refuerzo para que implemente una guía de salud, y sea educada y preparada psicológicamente, es decir, cuando los futuros padres son tratados en un ambiente no amenazador, caracterizado por la comprensión y orientación a sus necesidades, hay aprendizaje.<sup>63</sup>

"La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en el documento "Salud para todos en el año 2000" la necesidad de que la madre adquiera nuevos hábitos alimenticios durante el periodo gestacional, evitando

---

<sup>62</sup> Walter Figueiredo Luis Reynaldo. Odontología para el bebé. Editorial Amolda. Colombia. 2000. Pág. 212

<sup>63</sup> Dominick P. De Paola. Odontología preventiva. Editorial Mundi. Barcelona. 1981. Pág. 180

productos azucarados. Así, ella adquiere nuevos conocimientos y modifica sus actitudes con relación a su salud y a la de su hijo, ayudando a formar un hábito favorable, que es de suma importancia para la prevención de enfermedades dentales".<sup>64</sup> Los niños aprenden la mayor parte de su conducta por imitación, si los padres consumen dietas equilibradas y practican diariamente la higiene bucal, sus hijos los imitarán.<sup>65</sup>

Durante la entrevista con los padres, el odontólogo debe explicar la importancia de los hábitos que favorecerían la salud bucal del bebé como, la higiene dental y el amamantamiento<sup>66</sup>; así como la remoción de los factores identificados como de riesgo medio y alto, como lo es, la alimentación nocturna y/o prolongada (biberón y leche materna) y la alta ingesta de carbohidratos.

Tras la consulta, el odontólogo estudia junto con los padres las dificultades observadas en casa para poner en práctica todas las medidas educativas y preventivas aconsejadas, y al mismo tiempo eliminar las dudas que surjan en ellos. Esta recomendación es un círculo donde la educación es el objetivo mayor, que se cumple a través de la acción de los padres. Según Shein y col. (1991), esta actitud comprende la asistencia a las consultas, aceptar y mantener el tratamiento preventivo, así como retirar el comportamiento no saludable.

---

<sup>64</sup> Guedes Pinto Antonio Carlos y col. Rehabilitación bucal en odontopediatría, atención integral. Editorial Amolda. Colombia. 2003. Pág.75

<sup>65</sup> Dominick. Ob cit. Pág. 181.

<sup>66</sup> Ohanian María y col. Fundamentos y principios de la ortopedia dento-maxilofacial. Actualidades odontológicas Latinoamérica. Colombia. 2000. Pág.187

El programa educativo funciona con la práctica de la educación sumada a la acción del profesional.<sup>67</sup>

## 7.2 Higiene bucal antes de la erupción de los dientes

Un punto fundamental en el programa preventivo que causa preocupación a los padres es el ¿cuándo iniciar la higiene bucal? Para ello Walter hace referencia que desde 1929, Pereira recomienda iniciar la limpieza de la boca antes de la erupción de los dientes, con una gasa esterilizada embebida en bicarbonato de sodio pasada sobre los rodetes.<sup>68</sup>

En el libro de prácticas modernas de alimentación infantil se hace referencia que tan pronto como se inicia la erupción dental, los padres deben iniciar una rutina de higiene oral diaria, limpiando suavemente la boca del bebé con un cepillo de dientes pequeño y suave; resaltando además que el lugar ideal para llevar a cabo esta rutina es el sitio donde se cambian los pañales al bebé, porque se obtiene una excelente visibilidad y accesibilidad a la boca.<sup>69</sup>

De igual manera Dominick hace referencia que la higiene debe empezar al erupcionar los dientes y que como la mayoría de las madres empiezan el baño lavando la cara, la higiene dental puede agregarse al mismo. A demás a medida que el niño crece tiene curiosidad y puede introducir el cepillo dental en su boca sin hacer nada más que masticarlo, pero este se convertirá en un objeto familiar.<sup>70</sup>

---

<sup>67</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 211, 212

<sup>68</sup> Ib Pág. 79

<sup>69</sup> Gerber. Prácticas modernas de alimentación infantil. México. 2001. Pág. 189

<sup>70</sup> Dominick. Ob. cit. Pág. 166

Otra opinión distinta, es realizar la limpieza bucal antes de la erupción de los dientes<sup>71 72 73 74</sup>. Walter menciona que los datos obtenidos en la Clínica bebé, muestran que los padres orientados y concientizados (educados), reflejan un índice de salud dental del 96%, en comparación con los padres que no han sido educados.<sup>75</sup>

Asimismo en 1981, la Asociación Dental Americana dice que "la limpieza puede comenzar antes de la erupción, para hacer el campo limpio, así como a acostumbrar al niño al manejo de su boca". Por lo que se propone para el cartel que la edad adecuada para el inicio de la higiene bucal, sea de 4 a 6 meses de edad.

Dado que la dieta del bebé consiste en leche materna y come más de 5 veces al día y la higiene de su boca al término de cada comida sería agobiante para la madre, se recomienda que la limpieza se realice después de la última alimentación nocturna y si el bebé es alimentado durante la noche, se lleva a cabo la higiene por la mañana, o sea una vez al día<sup>76 77</sup>.

Para llevarla a cabo se puede usar la punta de un pañal ó una gasa limpia, enrollándola en el dedo índice, embebida en agua oxigenada diluida (una cucharada soperas de agua oxigenada de 10 volúmenes en 3 cucharadas soperas de agua hervida o filtrada; se pasa ésta alrededor de las

---

<sup>71</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 79

<sup>72</sup> Guedes. Ob. cit. Pág. 71

<sup>73</sup> Pinkham J. R. Odontología pediátrica. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. México. 1991. Pág. 169

<sup>74</sup> Kanellis J. Michael, DDS, MS. "Valoración dental para los niños muy pequeños". Departamento de odontología pediátrica. Iowa. 2003

<sup>75</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 76

<sup>76</sup> Ib. Pág. 104

<sup>77</sup> Guedes. Ob. cit. Pág. 73

encías, e inclusive de lengua, dando un masaje sin causarle daño o molestia al bebé (Fig. 6).<sup>78</sup>



Fig. 6 Higiene bucal con gasa.

Por último es conveniente enseñar a los padres, los métodos de colocación del bebé, cuyos objetivos son:

- 1) Mejorar la visibilidad para que puedan ver fácilmente en el interior de la boca del niño, y realizar la higiene.
- 2) Brindar sostén físico al niño y limitar sus movimientos.

Cuando solo la madre o el padre están disponibles para realizar la limpieza, se debe tener al bebé en brazos, con uno de los brazos del niño pasado hacia la espalda del padre o la madre. De esta manera estos podrán usar el brazo que forma una cuna para estabilizar la mano libre del bebé, y con la otra mano realizar la técnica de higiene dental.

Otra posición consiste en tener a los padres enfrentados mientras el niño está en posición supina sobre sus rodillas. Uno de ellos debe realizar el cepillado, mientras el otro estabiliza al niño para reducir sus movimientos.<sup>79</sup>

---

<sup>78</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 80

<sup>79</sup> McDonald E. Ralph. Odontología pediátrica y del adolescente. 5ª edición. Editorial Medica Panamericana. Buenos aires. 1992. Pág. 262- 263

### 7.3 Uso del biberón y control de ingesta de azúcares

“El uso de biberones (lactancia artificial) convencionales provoca que el bebé obligue a la lengua y mejillas a ejecutar maniobras atípicas y compensatorias para extraer la leche, generando en los tejidos dentoalveolares respuestas de adaptación que dan origen a maloclusiones”.<sup>80</sup> Así mismo entre otras desventajas del biberón encontramos que anula la excitación de la ATM, despierta el hábito de tragar y facilita el inicio de respiración bucal.<sup>81</sup>

Los niños que reciben biberón más allá del primer año de vida, especialmente a aquellos a quienes se permite la succión habitual de la botella a lo largo del día, se encuentran en riesgo elevado de presentar caries.<sup>82</sup>

Dominick menciona que una medida preventiva importante es el destete entre los 9 meses y un año de edad, y después de esa época el biberón no se usa para las comidas, sino como chupón cuando el niño está cansado o antes de ir a la cama.<sup>83</sup>

Por ello, según la recomendación de distintos autores citados, el biberón debe ser eliminado paulatinamente desde los 6 meses<sup>84</sup> hasta por completo a los 12 meses de edad (Figura 7).<sup>85 86</sup>

---

<sup>80</sup> Graber M. Thomas. Ortodoncia dentofacial con aparatos funcionales. 2ª edición. Editorial Harcourt. España. 2001. Pág. 145

<sup>81</sup> Ohanian María y col. Fundamentos y principios de la ortopedia dento-maxilo-facial. Actualidades Médico Odontológicas. Colombia. 2000. Pág. 192

<sup>82</sup> Gerber. Ob. cit. Pág. 188

<sup>83</sup> Dominick. Ob. cit. Pág. 166

<sup>84</sup> Guedes. Ob. cit. Pág. 75

<sup>85</sup> Juárez Razo Elia Patricia y col. “Caries asociada a alimentación con sucedáneos de la leche materna en biberón”. Revista medica del IMSS. 2003. 41 (5): 379-382

<sup>86</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 110



Fig. 7 Alimentación con biberón

El uso prolongado (después de los 18 meses<sup>87</sup>) tanto del biberón como el chupón puede causar anomalías como: el prognatismo alveolar, retrognatismo inferior, hipoclusión y vestibularización de incisivos, proquelia superior e hipotonicidad del orbicular de los labios.<sup>88</sup>

Si el uso del biberón es imprescindible, debe elegirse uno que cumpla con las siguientes características consideradas importantes por algunos autores: el peso del biberón debe ser liviano, de material resiliente (látex), de tetina pequeña, corta y achatada, imitando lo más posible el pezón materno.<sup>89</sup> Además se debe indicar que por ningún motivo se suministre durante el sueño del niño<sup>90</sup> o se le agregue contenido dulce, ya que favorecerá al uso prolongado de este y por lo tanto la presencia de caries. Por lo regular el chupón es mojado con sustancias endulzadas (miel) o las contiene en su interior y el bebé solo muerde el chupón (si tiene dientes), lo rompe, e ingiere el contenido dulce.

---

<sup>87</sup> Águila F. Juan. Tratado de ortodoncia, teoría y práctica. Actualidades medico odontológicas Latinoamérica. España. 2000. Pág. 199

<sup>88</sup> Ib Pág 191

<sup>89</sup> Ohanian. Ob. cit. Pág. 192

<sup>90</sup> Guedes. Ob. cit. Pág. 75

<sup>91</sup> Kanellis. Art. cit.

Otro aspecto importante, es el incluir dulces durante el día entre comidas, como estímulo o premio para su buen comportamiento, o para que deje de llorar.<sup>92</sup>

La importancia de la consistencia de los dulces radica en aquellos que son pegajosos, pues se adhieren más al diente, por lo que permanecen más tiempo en boca y favorecen el crecimiento de bacterias.<sup>93</sup> Para evitar este problema se debe formar el hábito de enjuagarle la boca con agua después de haber ingerido el dulce, o cambiarlos por alimentos de baja adherencia y rápida solubilidad, como por ejemplo paletas de hielo, verduras, etc.<sup>94</sup>

De igual manera es imprescindible determinar la consistencia de los alimentos que se le dan al bebé, es así que de 5 a 6 meses de edad la consistencia debe ser semisólida (puré), de textura suave y sin grumos, dándole la cuchara para que se identifique con su manejo. De 6 a 7 meses de edad el puré debe ser más sólido, introduciéndole pequeños trozos. De 7 a 8 meses la comida solo se le dará en pequeños trozos que el bebé tome con la mano en su intento por comer sólo. De 8 a 10 meses el alimento será de consistencia sólida (trozos de frutas, verduras o carne); y de los 10 a 12 meses el bebé ya puede integrarse a los alimentos que consume el resto de la familia.

#### **7.4 Higiene dental en presencia de dientes deciduos**

La higiene dental con gasa debe seguir hasta los 18 meses de edad, o cuando se complete la erupción de los primeros molares deciduos; a partir de

---

<sup>92</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 78

<sup>93</sup> Academia costarricense de odontopediatría, "Las primeras preguntas sobre mis dientes".

<sup>94</sup> Gerber. Ob. cit. Pág. 187

este tiempo debe iniciarse el cepillado, principalmente para realizar la higiene de las caras oclusales de dichos molares.<sup>95</sup> Debe llevarse a cabo 2 veces al día, con una pequeña cantidad de pasta dental con fluoruro.<sup>96</sup> Se recomienda usar un cepillo de dientes pequeño y de cerdas suaves<sup>97</sup>.

El niño curioso jugará habitualmente con el cepillo, imitando el cepillado cuando se lo muestran los padres o un hermano mayor. Así mismo coincidiendo con Walter, Dominick menciona que a los 18 meses es una buena edad para introducir el uso del cepillo para dientes.<sup>98</sup>

La habilidad de cada niño debe ser evaluada individualmente, pero es improbable que el preescolar tenga habilidad y comprensión sin la ayuda parenteral directa, es todavía responsabilidad del padre.<sup>99</sup>

Entre los 18 meses a 2 años de edad muchos niños insisten en lavarse ellos solos los dientes. Sin embargo no tienen la coordinación necesaria para llevar a cabo una higiene dental eficaz, por ello los padres deben permitir que ellos se cepillen los dientes durante un corto tiempo, pero después ellos deben terminar con la limpieza oral<sup>100</sup>. Se indica a los padres que cuando se inicie el cepillado con pasta dental la cantidad de dentífrico usado debe ser del tamaño de un chicharo, y la pasta debe contener 500 ppm de fluoruro.<sup>101</sup>

---

<sup>95</sup> Walter. Ob cit. Pág. 79

<sup>96</sup> "Cuidado de la salud dental y guía anticipatorio para niños del nacimiento a los tres años de edad". <http://www.vh.org/pediatric/provider/dentistry/screening/spanish.html>

<sup>97</sup> Gerber. Ob. cit. Pág. 182

<sup>98</sup> Dominick. Ob cit. Pág. 167

<sup>99</sup> Ib Pág. 167

<sup>100</sup> Ib. Pág. 189

<sup>101</sup> Mazariegos Cuervo Ma. De Lourdes y col. "Intervención de la secretaría de salud en la salud bucal". Boletín medico del hospital infantil de México. Vol. 60, marzo-abril. 2003. Pág. 231

La técnica de cepillado dental recomendada para niños de edad preescolar es la de barrido horizontal, con la posición indicada por Starkey, que consiste en que el niño permanezca de pie al frente y de espaldas a la madre o la persona que ejecutará el cepillado, inclinándose hacia atrás la cabeza contra ella; con la mano izquierda se va a estabilizar la mandíbula alejando labios y carrillo (para evitar daños), y con la mano derecha se sujeta el cepillo para realizar la higiene dental en el arco superior. En el cepillado en el arco inferior, la mandíbula debe estar en posición horizontal (paralela al suelo) y el niño debe estar viendo hacia enfrente.<sup>102</sup>



**Fig. 8 Posición de Starkey. Higiene en arcada superior e inferior**

---

<sup>102</sup> Guedes. Ob. cit. Pág. 64

## 7.5 ¿Cuándo iniciar la revisión bucal por el odontólogo u odontopediatra?

Existen distintas opiniones acerca de a que edad debe ser la primera visita del bebé:

Refiere Dominick, que la edad ideal para el comienzo de la atención odontológica es a los 18 meses<sup>103</sup>.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica recomienda que los niños sean examinados por un dentista cuando tengan un año de edad o dentro de los siguientes 6 meses a la salida del primer diente, sin embargo, la mayoría de los niños de bajos recursos no ven un dentista antes de los 3 años de edad. Kanellis menciona que es importante que los especialistas de la salud (médicos, pediatras) remita a los niños a un dentista, para que cada uno tenga un "hogar dental" a lo largo de su infancia.<sup>104</sup>

Walter menciona que a los 6 meses de vida debe iniciarse la atención odontológica, donde la atención estaría enfocada a realizar 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, etc.<sup>105</sup>

Los padres no deben esperar a detectar alguna alteración o a que el niño tenga dolor, ya que en la primera visita el odontólogo no sólo tratará cualquier alteración sino que puede detectar algún problema que se pueda prevenir. La intervención odontológica realizada dentro de los primeros 6

---

<sup>103</sup> Dominick. Ob. cit. Pág. 164

<sup>104</sup> Kanellis. Ob. cit.

<sup>105</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 85

meses se enfoca en la realización de procedimientos educativos, dirigidos a los padres, a través de la enseñanza de maniobras de limpieza dental, control de azúcar, control de alimentación nocturna, etc.<sup>106</sup>

A diferencia de lo que piensan muchos padres la primera dentición debe ser atendida, ya que cuando un diente tiene caries extensa y ocasiona una infección, puede producir alteraciones en el germen del diente definitivo que esta abajo, ó por la perdida del diente deciduo puede haber disminución en el espacio, que impida al diente permanente erupcionar con libertad.

El odontólogo competente o el odontopediatra son los encargados de mantener la salud y curar las alteraciones que hay en la boca y los dientes. Una actitud positiva en los padres y una visita antes de que surjan problemas dentales facilitará la confianza y el acercamiento del niño a la consulta dental.

La primera visita al dentista debe hacerse lo más pronto posible para implementar un programa de salud dental en la familia. Además, es recomendable una consulta donde al niño no se le practique ningún tratamiento, ya que ayuda a que este inicie una relación cordial y confiada con el profesional de la odontología y en general con el cuidado de sus dientes.

Por último es importante saber que en la primera visita al consultorio dental **los padres deben acompañar al niño**, donde se realiza una anamnesia y se les muestra la higiene bucal de su hijo, y si es necesario un tratamiento dental, se explica a los padres en lo que consistirá este. Los niños menores de 3 años de edad tienden a no ser cooperativos durante la

---

<sup>106</sup> Ib Pág. 85

revisión, por lo que los padres deben ser confortados diciéndoles que el llanto es normal, y que el examen no va a lastimar al niño.<sup>107</sup>

La actitud y comentarios de los padres ante las visitas al odontólogo son rápidamente captadas por los niños. Por ello los padres tienen una gran responsabilidad en la imagen que el niño se haga de su primera visita al dentista. El primer contacto con el odontólogo es muy importante para la futura actitud del niño ya que repercutirá en su comportamiento en sucesivas visitas a la consulta odontológica (Figura 9).

El equipo dental utilizado para la revisión dental es poco, consiste en un espejo bucal, cepillo suave, guantes de hule y una fuente de luz.



Fig. 9 Primera visita al dentista

---

<sup>107</sup> Kanellis. Ob. cit.

## 7.6 ¿Cuándo suspender la alimentación nocturna (materna y/o biberón)?

La leche materna es el primer alimento de elección del bebé ya que le confiere todos los nutrientes y defensas necesarias para su desarrollo<sup>108</sup>, por lo que no existe restricción alguna sobre ella durante el día o la noche cuando el bebé es menor de 6 meses, ya que aún no erupcionan los dientes,<sup>109</sup> y por lo tanto no existe riesgo de caries. Como la leche es la dieta que predomina en su alimentación<sup>110</sup>, los lactantes están acostumbrados a tomar biberón a la hora de acostarse, en este caso los padres deben estar con ellos mientras se alimentan, para después acostarlos sin el biberón. Si se da el caso en que los padres sean los que insisten en usar el biberón, este solo deberá contener agua simple.<sup>111</sup> “Un niño que mama pecho hasta los 6 meses tiene menor posibilidad de adquirir hábito de succión no nutritiva, como succión de chupón o dedo, que aquellos que son alimentados con biberón”.<sup>112</sup>

Los factores que pueden favorecer una alimentación nocturna prolongada según el Dr. Schmitt son: amamantar al bebé hasta que se duerme, evitar dejar al bebé con el biberón en la cama y la alimentación frecuente durante el día.<sup>113</sup>

Un bebé que es amamantado en la noche el primer año de vida tiene una posibilidad del 9% de adquirir caries, pero si es amamantado durante la

---

<sup>108</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 110

<sup>109</sup> Ib. Pág. 77

<sup>110</sup> Pinkham. Ob cit. Pág. 168

<sup>111</sup> Ib. Pág. 168

<sup>112</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 76, 77

<sup>113</sup> Schmitt B. D. “Como eliminar la alimentación nocturna (para bebés mayores de 4 meses de edad)”. Mc kesson Health Solutions. 2003.

noche hasta los 24 meses de edad, la posibilidad de adquirir caries crece al 110% y si se continúa con la succión mamaria nocturna hasta los 36 meses de edad el aumento en la posibilidad es de 270%. Hecho que muestra que el límite de edad para la alimentación nocturna es hasta los 12 meses y una época ideal es a los 6 meses de edad. <sup>114</sup>

"La Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2001, estableció que en los primeros seis meses de vida la dieta debe ser láctea exclusivamente, y en caso de usar fórmulas, estas deben contener azúcares simples: lactosa, sacarosa". Después de esta fecha la alimentación se complementa con alimentos sólidos y al primer o dos años de edad, cuando el niño comienza a tener movimientos masticatorios rotatorios, estabilidad de la mandíbula y aprende a usar la cuchara y el vaso, es el periodo cuando el niño debe comenzar a compartir la alimentación familiar. <sup>115</sup>

Así mismo Walter Refiere que después de de la erupción de los primeros dientes, la alimentación y el amamantamiento nocturno deben comenzar a ser controlados, para que el final de este ocurra alrededor de los 12 meses de edad, donde los incisivos ya estén erupcionados y el niño inicia la fase de la masticación. <sup>116</sup>

"Se debe promocionar la lactancia materna durante el primer año vida". Los estímulos de esta son importantes para el buen desarrollo de las estructuras neuro musculares, de los maxilares y demás elementos que componen las matrices funcionales del sistema estomatognático. Estos

---

<sup>114</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 78

<sup>115</sup> Comité de la sociedad Uruguaya de pediatría. "Pauta de la alimentación del niño sano en los dos primeros años de vida". Archivo de pediatría Uruguaya. 2002; 73 (3). Pág. 179- 185.

<sup>116</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 76, 77

estímulos no son posibles de establecer con ningún otro tipo de alimentación que no sea el amamantamiento natural.<sup>117</sup>

## 7.7 Hábitos que puede presentar el bebé

Los hábitos de succión más frecuentes, consisten en chuparse el pulgar, otros dedos o el chupón. Dependen del entorno cultural, de modo que en ocasiones son alentados y en otras desalentados, sin que tengan opinión alguna al respecto. Los niños con frecuencia combinan un hábito no nutritivo con una actividad repetitiva, por ejemplo, se chupan el pulgar al mismo tiempo que sujetan su frazada personal, tienden a chuparse el dedo cuando están cansados, así como en ambientes nuevos o que les resultan amenazantes.<sup>118</sup>

Con respecto al tiempo de presencia de estos hábitos donde todavía no existe motivo de preocupación, menciona Kanellis que según la Academia Americana de odontología pediátrica, es hasta que los dientes permanentes anteriores estén listos para salir<sup>119</sup> ó a los dos años pues el bebé esta en fase oral de desarrollo<sup>120</sup> o con un límite máximo de 3 años y medio.<sup>121</sup>

Para la remoción del hábito, refiere Walter que se sugieren medidas no traumáticas, como: la **sugestión nocturna** relatada por Barreto (1980), que consiste en la utilización del habla durante el sueño profundo con el objetivo de llegar al subconsciente. En esta técnica la frase usada debe ser corta y objetiva, así como no debe contener la palabra NO, Ej. El chupón

---

<sup>117</sup> Ohanian. Ob. cit. Pág. 189, 190

<sup>118</sup> Pinkham. Ob. cit. Pág. 172

<sup>119</sup> Kanellis. Ob. cit.

<sup>120</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 85

<sup>121</sup> Ohanian. Ob. cit. Pág. 192

daña los dientes. Otro componente es no mencionar nada relativo al uso del chupón durante el día. Otra medida es la **transformación del hábito placentero en hábito obligatorio**, esto quiere decir que los padres en vez de reprender al niño por el hecho de chupar el dedo o el chupón, deben ser estimulados, de tal forma, que pase a ser una obligación y con eso pierda su gracia y encanto. La última medida indica la elaboración de la **férula de Anke**, es una férula plástica de 0.5 a 1mm de grosor, de polietileno transparente o colorido que cubre los dientes y el paladar. De esta forma elimina el contacto con la mucosa y consecuentemente la pérdida de placer (Figura 10).<sup>122</sup>



Fig. 10 Férula de Anke

---

<sup>122</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 84

## **7.8 ¿Cuándo iniciar la protección dental con sellador de fasetas y fisuras y aplicación tópica de fluoruro?**

La protección con selladores de fasetas y fisuras, como su nombre lo dice es para el sellado de fasetas y fisuras que se encuentran presentes en dientes posteriores, por ello dicha protección debe iniciarse después de la erupción de estos, que refiere Walter, según la Asociación Dental Americana (ADA, 1981), es a los 30 meses<sup>123</sup>, edad en la que el niño aún no se cepilla eficientemente, y aunque los padres realicen una buena higiene dental, es difícil que accedan a pequeñas fasetas y fisuras de algunos dientes.

Erróneamente se piensa que los dientes de la primera dentición van a sustituirse por los permanentes y por ello no necesitan ser cuidados a menos que haya dolor, pero si se trata de prevenir, esta puede considerarse desde la erupción de los primeros molares, como ya se había mencionado.

Por último es importante hacer entender a los padres que los selladores de fasetas y fisuras sirven como barrera protectora contra residuos alimenticios y bacterias y por ende reducen el riesgo de caries<sup>124</sup>, así que deben ser considerados como un medio de prevención.

Como se sabe, el fluoruro proporciona mayor resistencia a la desmineralización de la estructura dental, refuerza el proceso de mineralización y disminuye el potencial cariogénico de la placa dental, por lo que es importante su administración en el niño.

---

<sup>123</sup> Ib. Pág. 82

<sup>124</sup> Folletos "Pregunta a tu dentista". Academia Mexicana de Odontología Pediátrica, A.C. Apartado postal #41-501, Lomas Virreyes. México, D.F. C.P. 11001

La administración de fluoruro en los bebés, refiere Walter, debe hacerse en dos niveles y de acuerdo al riesgo de caries que presente el niño (bajo, medio y alto riesgo). En los riesgos medio y alto además de la aplicación de fluoruro de sodio, se refuerza la técnica de higiene, se eliminan los factores de riesgo y se da un tratamiento dental. A continuación se mencionan los dos niveles del tratamiento preventivo en el caso de los niños con bajo riesgo:

- 1) En **casa**, con la administración de fluoruro de sodio (tópico) al 0,02% diariamente, de preferencia en la noche antes de dormir, después de realizarle la higiene bucal con gasa. Se usan 8 gotas (4 gotas para cada arcada) y se aplican con un hisopo, friccionando sobre los dientes durante un minuto (30 segundos para cada arco). El fluoruro casero debe continuar hasta alrededor de los 3 años de edad.
- 2) En el **consultorio** (profesional), con el control de higiene bucal con gasa, en bebés hasta los 18 meses y profilaxis profesional a partir de esta edad. Después de realizada esta, se administra fluoruro de sodio al 0,2%.<sup>125</sup>

En cuanto a la pasta dental, en lactantes y niños pequeños, esta no debe ser utilizada, debido a que no controlan bien sus reflejos de deglución o no comprenden que deben escupir, ocasionando la ingestión del dentífrico. Cuando esta ingestión es repetida, aunque en cantidades menores de fluoruro, puede producir manifestaciones de intoxicación crónica, de las cuales la más común es la fluorosis dental.<sup>126</sup> Afecta principalmente durante

---

<sup>125</sup> Walter. Ob. cit. Pág. 215-217

<sup>126</sup> Pinkham. Ob. cit. Pág. 208

el periodo de formación del esmalte, considerando preocupante desde el punto de vista estético a los seis anteriores en cada maxilar. La susceptibilidad a la fluorosis es en los primeros tres años de vida y en particular, de los 15 a 20 meses de edad.<sup>127</sup>

Sugiere Nowak (1986) que a temprana edad, la pasta dentrífica no es necesaria y puede interferir con la visibilidad de los padres, en el momento de la higiene.<sup>128</sup>

A partir de los 3 años de edad, la administración del fluoruro depende de: el hábito alimenticio del niño (para determinar la cantidad de fluoruro que le aporta la dieta) y la ingesta de este, proveniente de pasta dentales fluoradas, además de tomar en cuenta la región en donde habita. (Cuadro 7).<sup>129</sup>

Edad (años)	Concentración de fluoruro en agua (ppm)		
	0-0.3	0.3-0.7	Más de 0.7
0-2	0.25	0	0
2-3	0.50	0.25	0

Cuadro. 7 Posología de los complementos de fluoruro (ADA). La dosis diaria recomendada de fluoruro se da en mg/día; 1 mg de fluoruro equivale a 2.2 mg de fluoruro de sodio.

Para el control de la ingesta de pasta fluorada, se debe advertir a los padres que supervisen y limiten la cantidad del dentífrico, (tamaño de un chicharo) siendo ellos quienes la depositen en el cepillo. Guedes Pinto, menciona una técnica que consiste en presionar las cerdas del cepillo sobre

<sup>127</sup> Harris O. Nancy. Odontología preventiva primaria. Editorial manual moderno. México. 2001. Pág. 179

<sup>128</sup> McDonald. Ob. cit. Pág. 262.

<sup>129</sup> Barberia Leache E. y col. Odontopediatría. 2ª edición. Editorial MASSON. Barcelona. 2002. Pág. 189

la cavidad de la tapa de la pasta, consiguiendo depositar una pequeña cantidad en el cepillo dental.<sup>130</sup>

## **8. PROCESO PARA LA ELABORACIÓN DEL CARTEL PROPUESTO EN ESTA TESINA**

Se realizó una primera entrevista con el diseñador gráfico, en donde se hizo un boceto en pequeño de las ideas que se enfocarían en el cartel (se le proporcionaron dibujos para un mejor entendimiento de lo que se deseaba transmitir). Se llegó a un acuerdo económico que incluían los honorarios del profesional y el costo de la impresión, y se estableció el tiempo en que se terminaría el diseño del cartel.

Se eligió el cartel formativo por ser el más adecuado para transmitir un mensaje de salud dental. Se determinó el tamaño de 60 x 90 y con formato vertical. La imagen utilizada fue en dibujo, tipo caricaturizado y con formas naturales en combinación con formas geométricas. Se utilizaron colores planos, continuos, uniformes y vivos.

La diseñadora envió, vía email, un boceto aproximado del cartel donde se le hicieron algunas correcciones. Posteriormente se determinó la ubicación de los componentes del cartel, y por último la diseñadora mostró el boceto terminado, que recibió una segunda revisión por parte de la coordinación y después se autorizó para enviarlo a imprimir.

---

<sup>130</sup> Guedes. Ob. cit. Pág. 51

## **9. CONCLUSIONES**

Se da a conocer este medio de comunicación como una alternativa para acercarnos a un mayor número de pacientes, aunque de manera indirecta, pero despertando el interés para mantener la salud dental.

Considero que el cartel servirá como un medio para acercarnos a los padres de familia, aunque de manera indirecta, pero despertando en ellos el interés por la salud dental de su hijo.

La difusión de la información tiene un valor importante en nuestra profesión, ya que tenemos la obligación, no sólo de dar un tratamiento dental al paciente, sino de educarlo y concientizarlo, de tal manera que esta educación pase por generaciones.

La amplitud de este tema se dio de acuerdo a la escasa información que hay sobre el cartel formativo en particular, pero se tomaron en consideración las características más importantes, como lo es el uso de imágenes que llamen la atención al paciente, sin extensión de texto, para provocar dudas y acercamiento con el profesional.

La orientación es un instrumento básico que se refuerza con mensajes a través de los carteles, siendo una idea nueva de ejercer nuestra profesión y que puede ser utilizada para otras áreas odontológicas.

## BIBLIOGRAFÍA

Academia Costarricense de Odontopediatría, "Las primeras preguntas sobre mis dientes". <http://www.geosalud.com/saluddental/index.html>

Águila F. Juan. Tratado de ortodoncia. teoría y práctica. Actualidades medico odontológicas Latinoamérica. España. 2000. 260pp.

Barberia Leache E. y col. Odontopediatría. 2ª edición. Editorial MASSON. Barcelona. 2002. 432 pp.

Berry Susan y Martín Judy. Diseño y color. Editorial BLUME. Barcelona. 1994. 230pp.

Cabrera López Livia y col. "El cartel como modalidad de presentación de trabajos científicos en medicina familiar. Nuestra experiencia". Revista Cubana de Medicina General Integral. Marzo-Abril. 2000. Volumen 16. No.2.

Comité de Nutrición de la sociedad Uruguaya de pediatría. "Pauta de la alimentación del niño sano en los dos primeros años de vida". Archivo de pediatría Uruguay. 2002; 73 (3). Pág. 179- 185.

Cuenca Manau. Manual de odontología preventiva y comunitaria. Edit. Masson. Barcelona. 1991. 282pp.

Cuenca Sala Emili y col. Odontología preventiva y comunitaria, principios, métodos y aplicaciones. 2ª edición. Editorial Masson. España. 1999. 290pp.

"Cuidado de la salud dental y guía anticipatoria para niños del nacimiento a los tres años de edad".

<http://www.vh.org/pediatric/provider/dentistry/screening/spanish.html>

Dominick P. de Paola. Odontología preventiva. Edit. Mundi. Barcelona. 1981. 295pp.

Academia Mexicana de Odontología Pediátrica. Folletos "Pregunta a tu dentista", A.C. Apartado postal #41-501, Lomas Virreyes. México, D.F. C.P. 11001.

Gerber. Prácticas modernas de alimentación infantil. México. 2001. 378pp.

González Alonso Carlos. "La comunicación". Universidad Abierta.

<http://www.Universidadabierta.edu.mx/serEst/FormBas/Común/comunicación.htm>

Graber M. Thomas. Ortodoncia dentofacial con aparatos funcionales. 2ª edición. Editorial Harcourt. España. 2001. Pág. 367pp.

Guedes, Pinto Antonio Carolos y Col. Rehabilitación bucal en odontopediatría, atención integral. Edit. Amolca. Colombia. 2003. 320pp.

Harris O. Nancy. Odontología preventiva primaria. Editorial Manual Moderno. México. 2001. 508pp.

- Jara Casco Eugenio. "Presentación de trabajos científicos en cartel o póster".  
Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000; 16 (4): 410-5
- Juárez Razo Elia Patricia y col. "Caries asociada a alimentación con  
sucedáneos de la leche materna en biberón". Revista Médica del  
IMSS. 2003. 41 (5): 379-382
- Kanellis J. Michael, DDS, MS. "Valoración dental para los niños muy  
pequeños". Departamento de Odontología Pediátrica. Iowa. 2003
- Laing, John. Haga usted mismo su diseño gráfico. Edit. Hermann Blume.  
España. 1984. 236pp.
- Mazariegos Cuervo Ma. De Lourdes y col. "Intervención de la secretaría de  
salud en la salud bucal". Boletín Médico del Hospital Infantil de  
México. Vol. 60, marzo-abril. 2003. Pág. 231
- McDonald E. Ralph. Odontología pediátrica y el adolescente. 5ª edición.  
Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1992. 862pp.
- Munari Bruno. Diseño y comunicación visual, contribución a una metodología  
didáctica. 12ª edición. Editorial Gustavo Gili. Barcelona. 1996.  
215pp.
- Ohanian María y col. Fundamentos y principios de la ortopedia dento-  
maxilofacial. Actualidades odontológicas Latinoamérica. Colombia.  
2000. 197pp.

- Palmeri, Ricardo. En pocas palabras, manual de redacción publicitaria para avisos gráficos y folletos. Ediciones la Crujía. Buenos Aires. 2001. 190pp.
- Parramón M. José. Así se pinta un cartel. 2ª edición. Instituto Parramón ediciones. España. 1972. 210pp.
- Peña Pérez Gloria. "El valor persuasivo del eslogan publicitario". La lengua española y los medios de comunicación. Servicio de publicaciones de la universidad complutense. Madrid. 1999. Pág. 143-154
- Pinkham, J. R. Odontología pediátrica. Edit. Interamericana Mc-Graw-Hill. México. 1991. 566pp.
- Reyes Carlos Alfonso, M.D. Guillermo Lanás, M.D. "La alegría de publicar 3. Las presentaciones de carteles en congresos científicos. Colomb. Med 2001: 32: 93-95
- Schmitt B. D. "Como eliminar la alimentación nocturna (para bebés mayores de 4 meses de edad)". Mc Kesson Health Solutions. 2003
- Swann, Alan. Bases del diseño gráfico. 2ª edición. Edit. Manuales de Diseño. Barcelona. 1992. 289pp.
- Terence, Dalley. Guía completa de ilustración y diseño, técnicas y materiales. H. Blume diciones. Barcelona. 1981. 287pp.

Tubau, Iván. Dibujando carteles. 4ª edición. Ediciones CEAC. Barcelona.  
1980. 226pp.

Walter Figueiredo Luis Reynaldo. Odontología para el bebé. Editorial Amolca.  
Colombia. 2000. 246pp.

## ANEXO

1



¿Cuidas la boca de tu bebé?



2

Si el bebé aún no tiene dientes limpia sus encías después de cada alimento con una gasa humedecida en agua hervida

3



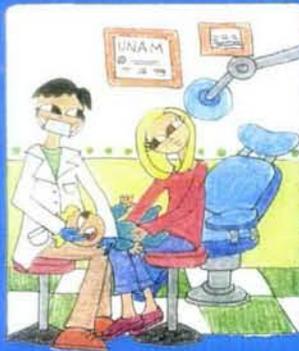
Evita endulzar sus alimentos

4



Limpia los primeros dientes del bebé con un cepillo de cerdas suaves

5



Se recomienda que la primera revisión dental se realice a partir de los seis meses

6



El uso del biberón y el amamantamiento nocturno se deben suspender al año de edad



Con prevención y educación...

¡dientes sanos!