

# Dental Practice

ENERO-FEBRERO 2013

www.dentalpractice.es

EDICIÓN ESPAÑOLA

REPORT

## Motivar al paciente y fidelizarlo: dos caras de la misma moneda

**SU CONSULTA**  
CÓMO AUMENTAR  
LA PRODUCTIVIDAD

### ADEMÁS

#### LOS EXPERTOS DE DENTAL PRACTICE

- ODONTOLOGÍA EMOCIONAL
- MARKETING SENSORIAL
- LABORATORIOS DE PRÓTESIS:  
DERECHOS Y OBLIGACIONES

**S.P.A.**

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

## 24 EN PORTADA



22



## Carta del director

5 Fumata blanca

## ACTUALIDAD

6 Bien Air en la International Dental Schau • Nuevo modelo de receta médica privada

8 Revisiones bucodentales gratuitas del Dentibús en el Corte Inglés • A.M.A. colaborará con la Fundación Realmadrid y con el IDIS

10 Proclinc falla los premios de su beca • IX Edición del Diploma dDr • PSN estrecha su relación con los odontólogos

## LOS EXPERTOS DE DENTAL PRACTICE

### Prótesis

12 La férula de descarga en el tratamiento de la ATM

18 Laboratorios de prótesis: derechos y obligaciones

### Psicología

16 Odontología emocional cara al paciente

### Marketing

22 Marketing sensorial: más allá de los sentidos

## EN PORTADA

### Motivar al paciente y fidelizarlo: dos caras de la misma moneda

24 La motivación es una de las herramientas clave para mantener y aumentar el número de clientes

## OPERATORIA DENTAL

### Aspectos clínicos

30 Rehabilitación mandibular con sectores posteriores atróficos. Caso clínico

## SU CONSULTA

**Cinco consejos para incrementar la productividad de sus especialistas**

**36** Una pequeña guía para aumentar la producción de su consulta

**Nadie de la plantilla puede esconderse**

**39** Cada puesto o función en el equipo es crítico



## NORMATIVA

**41** Respuesta a sus preguntas sobre...

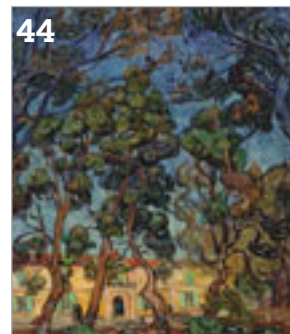
## CAPITAL RIESGO

**43** La negociación en 'start-ups'

## ENTORNO

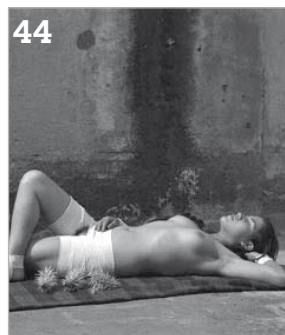
**44** Cultura

**45** Golf



## NOVEDADES

**46** Alegra, nuevas turbinas y contra-ángulos de W&H • Nuevo Ceram X, de Dentsply DeTrey • Ortodoncia invisible Alineadent • CleanJoy, de Voco



## EN NUESTRA WEB

dental  
practice.es

Participe en las encuestas de *Dental Practice* a través de nuestra página web.

Su opinión sobre los temas más candentes de la profesión resulta muy importante para nosotros, ya que contribuirá a conocer mejor la realidad de la odontoestomatología en nuestro país.

**¿Qué técnicas utiliza para motivar a los pacientes en su consulta diaria?**

DENTAL PRACTICE no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados.

DENTAL PRACTICE Edición española es una publicación de Spanish Publishers Associates (SPA), Antonio López, 249 (1ª). 28041 Madrid, editada en colaboración con Advanstar Communications Inc.

© Copyright 2013 by Advanstar Communications Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by means, electronic or mechanical including by photocopy, recording or information storage and retrieval without permission in writing from the publisher, Advanstar Communication Inc.

© Copyright 2013 Edición española, Spanish Publishers Associates.

## editorial

### Juan Abarca Cidón

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitales

### Juan Manuel Aragonese

Director de Área de la Universidad Europea de Madrid

### Juan Carlos Asurmendi Zulueta

Presidente de Adeclidema

### Honorio Bando Casado

Consejo de Dirección del Instituto de Salud Carlos III

### Antonio Castaño Seiquer

Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla

### Alberto Cervera Sabater

Grupo DM Ceosa

### Joaquín Estévez Lucas

Secretario General Técnico de Fundación Ad Qualitatem

### Antoni M. Fuster Miró

Gerente de Unión Balear de Entidades Sanitarias

### Margarita Gómez

Facultad de Odontología de la Universidad Europea de Madrid

### Julio González Iglesias

Catedrático de Historia de la Odontología de la Universidad Alfonso X El Sabio

### Juan López Palafox

Facultad de Odontología de la Universidad Alfonso X El Sabio

### Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

### Juan Manuel Molina

Director General de Henry Schein

### Diego Murillo Carrasco

Presidente de A.M.A.

### Bernardo Perea Pérez

Escuela de Medicina Legal y Forense de la Universidad Complutense

### Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de ASISA

### Juan Carlos Prados Frutos

Cirugía Bucal de la Universidad Rey Juan Carlos

### Alejandro Rodríguez

Dentaurum

### Laura Sanmartín

Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla

### Federico Simón Salazar

Jefe del Servicio Dental Comunitario de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud

### José María Suárez Quintanilla

Presidente del Colegio de Odontólogos de A Coruña. Consejero de PSN

### Luis Truchado Velasco

Director de Eurogalenus-Executive Search Consultants

### Gabriel Uguet Adrover

Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

### Rosa Vilariño Rodríguez

Coordinadora de PTD de la Universidad Alfonso X El Sabio

### Alfonso Villa Vigil

Presidente del Consejo General de Dentistas

### Editor

Manuel García Abad

### Director

Felipe Aguado Gálvez

### Coordinadora editorial

Marta Donoso Muñoz-Torrero

### Traducción artículos edición original

Javier Galego

### Maquetación

Carlos Sanz, Carolina Vicent

### Publicidad Madrid

Raúl del Mazo

Antonio López, 249 (1.º)

28041 Madrid

Tel.: 91 500 20 77

E-mail: rdelmazo@drugfarma.com

### Publicidad Barcelona

Pilar Uviedo

Numancia 91-93 (local)

08029 Barcelona

Tel.: 93 419 89 35

E-mail: puviedo.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo

Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

Estrella Tabarez

Tel.: 91 500 20 77

suscripciones@drugfarma.com

Fotomecánica e impresión: Eurocolor

© 2013

Spanish Publishers Associates, S.L.

Antonio López, 249 (1.º) - Edificio Vértice

28041 Madrid

Tel.: 91 5002077 Fax: 91 5002075

E-mail: spa@drugfarma.com

Numancia 91-93. 08029 Barcelona

Tel.: 93 4198935 Fax: 93 4307345

S.V.: 27/06-R-CM

ISSN: 1886-9262

D.L.: M-39401-2006

## expertos



### Maribel Aragonese

Directora General de Aragonese CPD  
Presidenta de la Asociación Empresarial  
de Prótesis Dental de Madrid



### Sol Archanco Gallástegui

Presidenta del Colegio Profesional  
de Higienistas Dentales de Madrid



### Jesús García Urbano

Director de Ortoplus



### Daniel Izquierdo Hänni

Director de Marketing  
y creador de Swiss Dental  
Marketing



### Helga Mediavilla Ibáñez

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta Cognitivo-  
Conductual, Acreditación EuroPsy  
Directora de Psicodent



### Carlos Parra Rogel

Especialista en Cirugía Oral Avanzada,  
Implantes y Periodoncia. Experto en Nuevas  
Tecnologías Aplicadas a Odontología



### Felipe Sáez Castillo (coordinador)

Coordinador del Máster de Gestión  
de la Universidad de Barcelona



### Mario Utrilla Trinidad

Director del Curso de Experto Universitario  
en Gestión y Dirección de Clínicas Dentales  
de la Universidad Europea de Madrid

## Fumata blanca

**E**n este mes tan importante para el mundo en general y para el católico en particular por la elección del nuevo Papa, en el sector odontológico celebramos el “Mes de la salud bucodental”.

Quizás lo que más hemos dejado de lado los dentistas durante muchos años y ahora vamos recuperando poco a poco es la promoción de la salud oral y dental. Preocupados exclusivamente por la ciencia, la tecnología, la formación, etc., hemos olvidado una de las bases más importantes de nuestro quehacer diario, la fundamental: nuestros pacientes.

España es el país de Europa en el que sus habitantes acuden menos al dentista y, lo que es peor, su razón mayoritaria para acudir es cuando surge un problema dental.

Es el momento de dar un paso al frente, de promocionar nuestro trabajo y su importancia, de cambiar esa imagen anticuada que tienen muchos pacientes de que los servicios que ofrece el dentista son caros, gana mucho dinero, vive muy bien, etc. Por desgracia para nuestra profesión, en estos momentos hay compañeros en paro, recorriendo grandes distancias para conseguir ser “mleuristas”.

Puede que una de las maneras de mejorar esta situación sea apostar por el *marketing*, como siempre hemos hecho desde *Dental Practice*. Una publicidad positiva, motivacional, que ofrezca una imagen de los odontólogos y estomatólogos españoles como lo que son: profesionales de primer nivel, con una formación continuada de calidad, con acceso a tecnología de última generación y con una constante preocupación por el paciente.

Deseamos que cuando acabe el mes podamos celebrar que *habemus* Odontología de calidad para nuestros pacientes y trabajo para nuestros compañeros, y esperamos haber contribuido con nuestros artículos a ello.

Un cordial saludo,



faguado@spaeditores.com



### NUESTRO LEMA

Dental Practice tiene el compromiso de guiar al dentista hacia el mayor éxito en su práctica mediante la integración inteligente de visión de negocio, práctica clínica y avances tecnológicos.

## Bien Air en la 35 edición de la International Dental Schau

Del 12 al 16 de marzo se celebrará en Colonia una de las ferias más importantes del sector dental en la que participarán más de 1.900 expositores de más de 60 países.

Como es habitual, Bien Air acudirá a esta cita para mostrar sus productos de alta gama y las nuevas tecnologías que ha desarrollado. Además, presen-

tará sus últimas novedades, que siguen ofreciendo las mejores prestaciones, cubriendo las expectativas y facilitando el trabajo de los médicos dentistas.

### 25 aniversario

Este año Bien Air España, S. A. cumple 25 años de trayectoria comercial en España y Portugal, 25 años de

evolución hacia lo que hoy en día se considera una marca puntera en instrumental rotatorio en España y en Portugal.

En el transcurso del año se celebrarán diversos actos, eventos y acciones comerciales que conmemorarán los 25 años de Bien Air en la Península Ibérica. ■

### La nueva receta incorpora un código de verificación electrónica que garantiza su autenticidad

## Los Consejos de Médicos, Dentistas y Podólogos presentan el nuevo modelo de receta médica privada

Desde el 21 de enero, según lo establecido en el Real Decreto 1718/2010 sobre receta médica y órdenes de dispensación, las recetas médicas privadas, tanto en soporte papel como electrónico, incorporan medidas de seguridad que garantizan su autenticidad, identidad del prescriptor y su habilitación para el ejercicio profesional.

Los Consejos Generales de las profesiones prescriptoras, de Médicos, Dentistas y Podólogos, responsables de la edición, gestión, control e inspección de la impresión y entrega de las recetas médicas privadas, han presentado la plataforma única de prescripción.

El presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín; el presidente del Consejo de Dentistas, Alfonso Villa Vigil; y el vicepresidente de Consejo General de



De izq. a dcha., Pedro Hidalgo, presidente del Colegio de Médicos de Badajoz; Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC; Alfonso Villa Vigil, presidente del Consejo de Odontología, y Manuel Meneses, vicepresidente del Consejo General de Podólogos.

Podólogos, Manuel Meneses, han sido los encargados de presentar esta plataforma única de prescripción, junto con Pedro Hidalgo, presidente del Colegio de Médicos de Badajoz y coordinador del Observatorio de la Prescripción; Serafín Romero, Secretario General de la OMC y Joan Camp, director de la Unidad Tecnológica.

Con la nueva receta privada se pretende contribuir a mejorar el uso adecuado de los medicamentos, ayudar a simplificar la

tarea de los profesionales prescriptores y farmacéuticos y a reforzar las garantías de los ciudadanos. Para ello, se ha establecido un código de verificación electrónica (CVE), asociado al número de receta, que permitirá comprobar a qué facultativo en concreto ha sido asignado un determinado talonario, a qué Colegio pertenece el prescriptor, cuál es su especialidad,

qué medicamento y en qué farmacia se ha dispensado.

Además de los datos del prescriptor, la receta incluirá los del paciente (nombre, apellidos, año de nacimiento y n.º de DNI, NIE o pasaporte), y los del medicamento, número de fármacos por receta (en la receta en papel solo se puede prescribir un solo medicamento y un solo envase). ■

Gracias a un acuerdo de colaboración entre la Fundación Dental Española y El Corte Inglés

## El Dentibús realizará revisiones bucodentales gratuitas en 17 centros de El Corte Inglés

El Dentibús –el autobús de la Fundación Dental Española adaptado como clínica dental para la prevención y el diagnóstico odontológico– visitará desde el 26 de febrero hasta el siete de junio, un total de 17 centros de El Corte Inglés de distintas ciudades españolas con el fin de cuidar la salud bucodental de la población.

Una vez efectuada la revisión, se informará a los pacientes del estado de su salud bucodental y se les ofrecerá asesoramiento sobre las distintas propuestas terapéuticas para solucionar las patologías que pudieran tener. Asimismo, los facultativos darán información sobre la importancia de tener una buena higiene bucodental.

Con esta iniciativa se pretende concienciar a la población de la necesidad de acudir al dentista para someterse a revisiones preventivas, al menos, una vez al año.

Desde el Consejo General de Dentistas se sigue insistiendo en la necesidad de llevar a cabo este tipo de campañas, ya que España es el cuarto país de la Unión Europea que menos va al dentista. ■

## La Fundación A.M.A. colaborará con la Fundación RealMadrid y con el IDIS

La Fundación de la Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.) y la Fundación RealMadrid han firmado un convenio de colaboración para el desarrollo del Programa de Baloncesto en Hospitales que lleva en marcha desde el año 2004. La Fundación A.M.A. entra como colaborador de este programa en el Hospital de La Paz, donde cada temporada son cientos los menores ingresados de larga estancia que se benefician de esta actividad semanal.

Actualmente, la Fundación RealMadrid desarrolla la actividad en seis hospitales de la Comunidad de Madrid. Este programa ayuda a los menores ingresados en periodos de larga duración a generar fuerzas y afán de superación para combatir su enfermedad. Asimismo las familias afectadas destacan que la actividad ayuda a la normalización y humanización de su estancia hospitalaria.

Por otra parte, A.M.A. ha suscrito un acuerdo de colaboración



Juan Abarca, secretario general del IDIS, y Diego Murillo, presidente de A.M.A.

## Diego Murillo ha destacado el compromiso fundacional de A.M.A. con el desarrollo de la Sanidad

con el Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad (IDIS), cuyo patronato reúne a 21

grandes grupos sanitarios españoles. El acuerdo ha sido firmado por Diego Murillo, presidente de A.M.A., y Juan Abarca, secretario general del IDIS.

Diego Murillo ha destacado el compromiso fundacional de A.M.A. con el desarrollo de la Sanidad y de sus profesionales en España. Sobre esa base, cree que la colaboración con el IDIS permitirá a la mutua ampliar su colaboración con un segmento muy importante del colectivo médico y sanitario español. ■

**Las becas son de las de mayor cuantía del panorama académico español**

## Proclinic falla los premios de su beca



El pasado 7 de febrero tuvo lugar la reunión para fallar los premios de la 4.ª Edición de la Beca Proclinic, que se enmarca dentro del Programa de Responsabilidad Social Corporativa de Proclinic, que colabora para la ampliación y especialización de la formación en Odontología de los recién licenciados.

Las dos becas otorgadas, dotadas de 20.000 y 15.000 euros cada una, están destinadas a una formación de postgrado en cualquier lugar del mundo.

El Jurado, presidido por don Pedro Bullón (decano de la Facultad de Sevilla y presidente de la Conferencia de Decanos de Odontología) y formado por doña Cristina Ribes Valles (vicedecana de Odontología de la Universidad Cardenal Herrera de Valencia), don

Lluís Giner Tarrida (decano de Odontología de la Universitat Internacional de Catalunya) y don Manuel Fernández Domínguez (director del Departamento de Odontología de la Universidad San Pablo Ceu), resaltó el excelente nivel de las candidaturas presentadas.

La primera beca ha recaído en Paula Vaquero Niño, licenciada en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y matriculada en el Máster de Ortodoncia de la UCM; Ana Molina Villar, licenciada en Odontología por la UCM y matriculada en el Máster de Periodoncia de la misma universidad, ha sido la ganadora de la segunda beca. ■

**Ya está abierta la matrícula**

## IX Edición del Diploma en Dirección Odontológica y Gestión Clínica impartido por dentalDoctors



DentalDoctors ha abierto la lista de inscripción y matriculación para cubrir las plazas de la IX Edición de su Postgrado, que dará comienzo en octubre de 2013.

Dirigido al director/gerente de la clínica, el Diploma en Dirección Odontológica y Gestión Clínica es un programa teórico-práctico que reúne un amplio temario con las herramientas y técnicas necesarias para gestionar y dirigir una clínica dental.

Durante los siete meses que dura el programa de formación, se mostrarán las pautas para lograr un mejor nivel de organización orientando al profesional hacia la búsqueda de resultados satisfactorios, siempre desde una óptica ética de excelencia y de respeto a la profesión dental. El programa formativo completo puede consultarse en [www.dentaldoctors.es](http://www.dentaldoctors.es). ■

## PSN renueva sus convenios de colaboración con los Colegios de Vizcaya y Castellón

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) continúa estrechando su relación con los odontólogos, uno de los colectivos profesionales con más arraigo dentro de la Mutua.

En esta ocasión, ha renovado su convenio de colaboración con el Colegio de Vizcaya, institución con la que el trabajo conjunto se remonta a años atrás, tanto en lo que respecta a la protección de sus

colegiados como en otros ámbitos, tales como el cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos (para lo que la institución recomienda a los odontólogos de la provincia trabajar con Sercon, la empresa de consultoría del Grupo PSN). El acuerdo ha sido rubricado por el presidente colegial, Salvador Landa, en una reunión en la que estuvieron presentes el secretario de PSN, Esteban Ímaz, y el director

de la Zona Norte de PSN, Gustavo Gómez.

Por otro lado, la Mutua también ha renovado su acuerdo de colaboración con el Colegio de Odontólogos de Castellón, gracias al cual sus cerca de 300 colegiados continuarán accediendo en condiciones preferentes a la amplia cartera de productos y servicios del Grupo PSN. La renovación fue firmada por el presidente del Colegio, Victorino Aparici. ■



Jesús García Urbano  
Director de Ortoplus  
laboratorio@ortoplus.es

## La férula de descarga en el tratamiento de la ATM

Los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) se deben a diversos factores internos y externos que producen un amplio cuadro de sintomatología dependiendo de las zonas y/o funciones afectadas.

Los síntomas más comunes son el dolor, ruidos en las articulaciones temporomandibulares o limitación del movimiento mandibular. En ocasiones, pueden manifestarse síntomas de naturaleza otálgica o faringolingual e incluso pueden ir acompañados de inflamación y alteración de la anatomía normal de la ATM.

Uno de los síntomas más frecuentes es la atrición o daño en la arcada dentaria por presión y/o rechinar, lo que conocemos como bruxismo. Este trastorno se debe principalmente al estrés acumulado en la ATM y a su descarga en forma de presión de forma involuntaria. Este rechinar y/o apretamiento provoca lesiones en el tejido dentario, en el periodonto, en las ATM y cefaleas.

Aunque el bruxismo es uno de los trastornos de la ATM más frecuente, en ocasiones, el origen de estos puede deberse a anomalías en la anatomía de la ATM tales como artrosis, lesión por impacto, etc.

### Tratamientos de los trastornos de la ATM

Entre los tratamientos más comunes utilizados podemos encontrar fármacos o psicoterapia; estos tratamientos influyen de forma directa en el foco de estrés que, posteriormente, será canalizada en forma de tensión sobre la ATM. Estos tratamientos requieren de una reeducación psíquica a la hora de afrontar un problema

o situación de estrés y, en el caso de los fármacos, tampoco es recomendable alargar su uso durante un periodo muy elevado de tiempo por los efectos que se derivan de sus componentes químicos.

El tratamiento del bruxismo con terapia física puede ayudar a disminuir los efectos de este, a relajar la musculatura cervical y mandibular por medio de terapias manuales, técnicas de movilización y aplicando calor.

En otras ocasiones, puede incluso considerarse la cirugía o ajuste oclusal por tallado selectivo, pero deben considerarse estas opciones como última alternativa por no ser reversibles. Es por ello que el tratamiento básico que desde un inicio se utiliza para corregir estos trastornos es el uso de férulas que evitan el efecto de rechinar o apretamiento.

### Nuevas tecnologías para el diagnóstico de la ATM

El factor económico y los nuevos avances tecnológicos son dos aspectos importantes que se deben tener en cuenta cuando se trata de realizar un diagnóstico de la ATM. Una observación rápida, documentada y precisa es la clave del éxito del diagnóstico y posterior tratamiento de cada paciente.

En primer lugar, deben excluirse posibles afecciones relacionadas con la Otorrinolaringología, Neurología u Ortopedia. La palpación extraoral e

**La férula de descarga es el tratamiento básico inicial ante un trastorno de la ATM**



que normalmente, en estos casos, suelen observarse indicios de artropatías.

Recientemente un nuevo sistema denominado ARCUSEvo permite este registro electrónico y posibilita una medición exacta. El sistema consta de un arco facial que se sitúa en el rostro del paciente y que presenta diferentes puntos de apoyo (otálgico y frontal). Mediante este sistema el profesional puede llevar a cabo esta medición y tomar los valores del paciente rápidamente y sin requerir aparatos adicionales de procesamiento de los datos obtenidos.

El arco facial ARCUSEvo detecta de forma racional la posición del modelo del maxilar superior en relación con el eje articulado arbitrario. Así se evitan los problemas de oclusión, sobre todo al subir o bajar la mordida.

De esta manera, este arco facial permite procesar estos datos y trasladarlos de forma fidedigna a cualquier articulador. El arco facial nos facilitará datos como la inclinación de la trayectoria condílea, el ángulo de Bennet, el ISS (movimiento

intraoral, así como un examen de movilidad y del estado de las articulaciones maxilares y mandibulares, son prácticas necesarias para un correcto diagnóstico.

En un inicio suele efectuarse un registro de oclusión para descartar deficiencias en rehabilitaciones restauradoras o protésicas ya existentes. En caso de que pudiesen existir trastornos funcionales en la ATM, se recomienda un diagnóstico funcional clínico junto con un diagnóstico de las trayectorias articulares utilizando un método de registro electrónico, ya

lateral inmediato), el ángulo de Shift y la trayectoria de dientes frontales y caninos.

**El bruxismo se debe principalmente al estrés acumulado en la ATM y a su descarga en forma de presión de forma involuntaria**



Otra de las ventajas de esta nueva herramienta es la facilidad de manipulación de los valores obtenidos. Inmediatamente se genera un informe para archivar, imprimir o enviarlo directamente por correo electrónico al laboratorio.

## Férulas de descarga

La férula de descarga es el tratamiento básico inicial ante un trastorno de la ATM. Una vez obtenidos los valores y examinado al paciente, si este no presenta otras afecciones que agraven el trastorno, como por ejemplo artropatías, pasamos a tomar impresiones.

Aunque podemos distinguir diferentes tipos de férulas para el tratamiento de los trastornos de la ATM, la férula oclusal o de descarga resulta la más utilizada en el tratamiento de la disfunción de la ATM y el bruxismo. Suelen estar construidas con acrílico auto- o termopolimerizable y tienen una función de reposicionamiento anterior o de relajación de la ATM. Además, este material tiene un carácter transparente, lo que lo convierte en una alternativa más discreta.

Normalmente en pocos días el paciente comienza a experimentar una mejoría notable. Si al cabo de un

tiempo no se observara ningún hallazgo patológico ni otros indicios de disfunciones oclusales el paciente podría continuar con el uso de esta férula de forma regular, esto hace posible descartar otras patologías y representa un alivio para el paciente. Esto reduce, además, su nivel de estrés por lo que influye además en su estado anímico de forma positiva.

Por otra parte, una férula bien confeccionada puede desempeñar su función eficazmente durante varios años sin sufrir desgaste alguno. Si durante el tratamiento sigue estando presente la fuente de estrés, suele observarse también gran resistencia y durabilidad de este férula en los casos en los que el paciente necesite llevarla puesta más tiempo.

En este sentido, la durabilidad y calidad de este tipo de férulas supone una ventaja adicional y un valor añadido para el paciente ya que son férulas de calidad que se rentabilizan durante un periodo prolongado desde el punto de vista económico.

## Proceso de elaboración de las férulas de descarga

Una vez hayamos realizado el estudio y diagnóstico adecuados se procede a tomar las impresiones del



gital que utiliza registros de laterotrusión y protrusión y ajusta la inclinación horizontal de la trayectoria condílea y el ángulo de Bennet. En caso de ser transferidos datos procedentes de una herramienta digital, como el ARCUSEvo, también pueden utilizarse valores de determinación electrónica del mandibular en relación con el maxilar.

El siguiente paso es elaborar en el articulador una llave de silicona en la que se abarquen bien las superficies oclusales de ambos modelos con un ligero bloqueo del articulador (2 mm) para establecer un límite correcto.

A continuación se mide el modelo de trabajo en el paralelómetro, a fin de determinar el ecuador protésico en todos los dientes sobre el plano horizontal y



paciente en modelos de yeso superduro. Estos se transfieren a un articulador de forma manual o di-

se utiliza cera de montaje para posteriormente fabricar la férula.

**ARCUSEvo consta de un arco facial que se sitúa en el rostro del paciente y que presenta diferentes puntos de apoyo (otálgico y frontal)**

## Conclusiones

Como vemos, la aparición de nuevas tecnologías contribuye, cada vez más, a la optimización de los aparatos ortodónticos de forma notable. Esto se traduce en una evolución positiva para combatir los trastornos de la ATM y, en definitiva, para mejorar la calidad de vida del ser humano. ■



**Helga Mediavilla Ibáñez**  
Psicóloga Clínica,  
Psicoterapeuta  
Cognitivo-Conductual,  
Acreditación EuroPsy  
Directora de Psicodent

helgamediavilla@  
psicodent.org

## Odontología emocional cara al paciente

**P**sicodent, rama de la Psicología que estudia la Odontología, fue fundada en 1996 por Helga Mediavilla Ibáñez, especialista en Psicoterapia.

Esta novedosa disciplina, que nace de aplicar las herramientas que utiliza la Psicología a la Odontología, surgió a raíz de la observación, desde el punto de vista de la Psicoterapia, de la dinámica que se producía en las clínicas odontológicas.

“Me di cuenta de la gran variedad de agentes potencialmente estresores a los que está sometido el equipo dental y de que los miembros del equipo los afrontan como pueden, en muchas ocasiones sin una herramienta concreta y dirigida por el azar”, destaca la Dra. Mediavilla, que se dedicó a estudiar las diferentes situaciones y a enseñar a los profesionales de la Odontología distintas herramientas para solucionar las situaciones que a cada uno le parecían que les causaban más daño, las que consideraban que no controlaban porque no sabían cómo actuar.

La Odontología se desarrolla en un contexto relacional, en constante interacción con personas. Saber qué decir en cada momento facilita las relaciones, evita los malos entendidos y, en consecuencia, mejora el bienestar profesional y personal.

Psicodent tiene como objetivo aplicar las herramientas que la Psicología conoce con demostrada efectividad a las necesidades laborales de la Odontología, con la intención de prevenir el estrés y el *burnout* para conseguir que el especialista desarrolle su profesión de forma satisfactoria.

En este contexto de estudio e investigación científica, surge un nuevo concepto que defino como **odontología emocional**, técnicas que permiten manejar nuestros pensamientos, emociones y dirigir nuestras conductas; ordenarlas y sanearlas para que

no nos produzcan ansiedad, depresión o malestar, sino relajación, tranquilidad y optimismo. Principalmente consiste en tratar de percibir e interpretar la realidad tal y como es, no como el miedo, la inseguridad o las malas experiencias nos hacen verla.

La odontología emocional consiste en aplicar los conocimientos de la inteligencia emocional a la Odontología. Es la capacidad para reconocer sentimientos pro-

### Características de la Odontología emocional

- La capacidad de motivarnos a nosotros mismos.
- La capacidad de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones.
- La capacidad de controlar los impulsos.
- La capacidad de diferir las gratificaciones.
- La capacidad de regular nuestros propios estados de ánimo.
- La capacidad de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales.
- La capacidad de empatizar y confiar en los demás.



**La Odontología emocional es la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos**

pios y ajenos, y la habilidad para manejarlos.

El grado de dominio que una persona alcance sobre estas habilidades resulta decisivo para tener más o menos éxito en la vida personal y profesional. En su traslación a la consulta dental, estas competencias cobran mucha importancia en lo que a la relación con el paciente y en la prevención de su estrés profesional se refiere.

## **Beneficios de la inteligencia emocional**

Si el profesional de la Odontología está motivado, tiene empatía y confía en los demás, podrá establecer mejores relaciones profesionales con sus pacientes; podrá controlar un posible enfado si un paciente no actúa correctamente y afrontar cambios imprevistos en el día a día de la consulta; en definitiva, podrá controlar la frustración que conlleva que las cosas no salgan como deseamos.

Estas competencias producen en nuestros pacientes contagio emocional de tal forma que si el profesional empatiza con el paciente, será más fácil que el paciente empatice con él; si se ofrece confianza, también la recibirá; si es capaz de autorrelajarse, podrá relajar al paciente.

Estas competencias se pueden tener o no. Que no se tengan, no significa que no se puedan adquirir. ■



**Mario Utrilla Trinidad**  
Director del Máster de Gestión y Dirección de Clínicas Dentales  
Secretario General de la Sociedad Española de Gerencia y Gestión Odontológica (SEGGO)

marioutrillatrinidad@hotmail.com



**Maribel Aragonese**  
Presidenta de la  
Asociación Empresarial  
de Prótesis de Madrid y  
directora del Laboratorio  
de Prótesis Dental  
Aragonese CPD S. L.

maribel@aragonese cpd.  
com

## Laboratorios de prótesis: derechos y obligaciones

**E**n los tiempos que corren, se agudiza la astucia para ganar dinero como sea, y nuestro sector, prótesis dental (a pesar de las subidas de impuestos, servicios o materiales), no podía ser menos. El sector también se ha llenado de 'intrusos', que confeccionan las prótesis y las instalan sin licencia. No solo son personas físicas las que ejercen sin licencia sino que incluso las estancias donde ejercen la profesión no están reconocidas como establecimiento sanitario. Un protésico es denunciado por intrusismo cuando usurpa la actividad ejerciéndola en otros establecimientos como pueden ser clínicas y centros de fresado o cuando importa prótesis a través de establecimientos dedicados a la importación de productos. Esto nos afecta a todos los profesionales del sector dental, tanto odontólogos como protésicos, ya que daña nuestra imagen y profesión. Si en el sector sanitario nos respetáramos y denunciáramos a aquellos que se introducen ilegalmente en el 'mundo dental', saldríamos todos ganando. A continuación se exponen brevemente los requisitos que debemos cumplir a través de las leyes y reales decretos.

### Desarrollo normativo

Con el **Real Decreto 1687/2011**, de 18 de noviembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Prótesis Dentales, se fijan sus enseñanzas mínimas, dotándole de un claro perfil profesional y competencial.

Su ámbito de actuación se extiende al diseño, fabricación y reparación de prótesis dentales mediante la utilización de productos, materiales, técnicas y procedimientos conforme a las indicaciones y prescripciones de los médicos estomatólogos o los odontólogos. Los protésicos dentales tendrán plena capacidad y responsabilidad respecto de las prótesis que elaboren o suministren y de los centros, instalaciones o laboratorios correspondientes.

Los laboratorios de prótesis dentales deberán ser dirigidos de forma autónoma por los protésicos que se hallen en posesión del título de Técnico Superior en Prótesis Dentales o que tengan cualificación o habilitación según el **Real Decreto 887/2011**, de 24 de junio, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales mediante el establecimiento de tres cualificaciones profesionales correspondientes a la familia profesional sanidad.

La normativa legal vigente para centros, instalaciones y laboratorios de prótesis dental se resumen en las siguientes leyes y decretos:

- **Real Decreto 887/2011**, de 24 de junio, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales mediante el establecimiento

**El Real Decreto 1687/2011,  
de 18 de noviembre,  
establece el título  
de Técnico Superior  
en Prótesis Dentales y fija  
sus enseñanzas mínimas**



de tres cualificaciones profesionales correspondientes a la familia profesional sanidad.

- **Real Decreto 1687/2011**, de 18 de noviembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Prótesis Dentales y se fijan sus enseñanzas mínimas, dotándole de un claro perfil profesional y competencial.
- **Real Decreto 1591/2009**, de 16 octubre, por el que se regulan los productos sanitarios.
- **Orden de 14 de mayo de 1997**, por la que se desarrolla la disposición transitoria primera del **Real Decreto 1594/1994**, de 15 de julio, en relación con las

## Los laboratorios protésicos podrán ser privados o estar encuadrados en instituciones públicas o asistenciales

profesiones de protésico dental y de higienista dental. Esta orden regula un sistema especial para certificar la habilitación profesional de quienes venían ejerciendo como protésicos o como higienistas dentales con anterioridad al año 1994. Esta habilitación fue certificada por las comunidades autónomas y sustituye al título exclusivamente para estas personas.

- **Real Decreto 414/1996**, de 1 de marzo, por el que se regulan los productos sanitarios. Establece las condiciones que deben reunir los productos sanitarios, así como la puesta en el mercado, servicios, utilización y los procedimientos de evaluación y conformidad.
- **Real Decreto 1594/1994**, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la **Ley 10/1986**, que regula la profesión de odontólogo protésico e higienista dental. Este decreto desarrolla y detalla la figura del protésico dental, definiendo claramente sus competencias y funciones. Igualmente se enumeran los requisitos materiales mínimos que debe reunir un laboratorio de prótesis dental. También se establece que los laboratorios podrán ser gestionados por personas físicas o jurídicas.

- **Ley 10/1986, de 17 de marzo**, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. Esta ley define la figura del protésico dental y establece los requisitos que los mismos deben cumplir.



A continuación se expone un breve resumen de su contenido:

1. Producto sanitario es cualquier instrumento, dispositivo, equipo material u otro artículo destinado por el fabricante a ser utilizado en seres humanos con fines de diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad.
2. Producto a medida es un producto sanitario, fabricado específicamente según la prescripción escrita de un facultativo especialista, donde se hace constar su responsabilidad sobre las características específicas del diseño y que se destina únicamente a un paciente determinado.
3. Fabricante es la persona física o jurídica responsable del diseño, fabricación, acondicionamiento y etiquetado del producto sanitario para su comercialización, confeccionado por esa misma persona o terceros.

Por otro lado, para la fabricación de estos productos sanitarios se otorgará licencia sanitaria previa de funcionamiento por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Los requisitos que se necesitan

para obtener la licencia sanitaria son los siguientes:

- Disponer de un responsable técnico titulado que ejercerá la supervisión directa.
- En el momento de la puesta en servicio tener disponible la información necesaria y escrita en lengua española.
- Los productos deberán tener la marca CEE, excepto los productos sanitarios a medida clase I; no obstante, el fabricante debe declarar su conformidad según el Real Decreto 1591/2009 anexo VIII y una copia debe acompañar al producto. Esta declaración se deberá tener registrada en el laboratorio durante un periodo de cinco años.

Debe constar:

1. Nombre y dirección del fabricante.
2. Los datos que permitan identificar al producto en cuestión.
3. La afirmación de que el producto se destina a ser utilizado exclusivamente por un paciente determinado, un anónimo o un código numérico que permita identificar al paciente.
4. El nombre del médico o persona autorizada/odontólogo o estomatólogo que haya hecho la prescripción y, en su caso, el centro sanitario.
5. Las características específicas del producto indicadas en la prescripción.
6. La declaración de que el producto en cuestión se ajusta a los requisitos esenciales establecidos en el anexo I del Real Decreto 1559/2009 y, en su caso, la identificación de los requisitos esenciales que no se hayan cumplido completamente, indicando los motivos.



## Los protésicos dentales tendrán plena capacidad y responsabilidad respecto a los laboratorios que dirijan

Para realizar el registro, las personas físicas o jurídicas que fabriquen tendrán que darse de alta en la Dirección General de Farmacia, indicando el domicilio social axial, así como los productos que fabrica y el nombre comercial. En el momento que comience la actividad será trasladado el expediente de la comunidad autónoma a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Las actividades de fabricación de productos sanitarios en general y de prótesis dentales en particular requieren, de acuerdo con el artículo 9 del **Real Decreto 1591/2009**, licencia sanitaria previa de funcionamiento de las instalaciones otorgada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, si las solicitudes se produjeron antes de mayo del 2002, o por las comunidades autónomas si se hubieran producido después de esa fecha.

Dentro del procesado de fabricación, podrá subcontratar actividades dentro y fuera de España.

De forma previa a la obtención de la licencia deberá declarar las empresas subcontratadas y aportar los correspondientes contratos, así como los medios disponibles en dichas empresas y aportar los procedimientos de fabricación y control de las mismas, y aparecerán en el documento de la licencia que emitirá la autoridad competente.

### Funciones del protésico dental

El protésico dental es el titulado de formación profesional que diseña, prepara, elabora, fabrica y repara las

prótesis dentales mediante la utilización de los productos, materiales técnicas y procedimientos conforme a las indicaciones y prescripciones de los médicos estomatólogos u odontólogos.

Las funciones que los prótesis dentales desarrollan en el laboratorio de prótesis son varias:

1. Positivado de las impresiones tomadas por médicos estomatólogos odontólogos o cirujanos maxilofaciales.
2. Diseño, preparación, elaboración y fabricación, sobre modelo maestro, de las prótesis dentales o maxilofaciales y de los aparatos de ortodoncia o dispositivos que sean solicitados por el odontólogo estomatólogo o cirujano maxilofacial conforme a las indicaciones prescritas. A este respecto podrán solicitar del facultativo cuantos datos e informes estimen necesarios para su correcta confección.
3. Reparación de las prótesis, dispositivos y aparatos de ortodoncia prescritos por el odontólogo estomatólogo o cirujano maxilofacial según sus indicaciones.

Los prótesis dentales tienen unas responsabilidades que cumplir en el ejercicio de su puesto de trabajo. Poseen plena capacidad y responsabilidad ante el profesional que lo prescribió respecto a la prótesis dental que elaboren en el ejercicio de su actividad profesional, no así en cuanto suponga derivaciones achacables a las impresiones y registros bucodentales o anterior colocación de las prótesis en el paciente efectuada por facultativos. Están obligados a suministrar a los facultativos que lo soliciten un presupuesto previo a la realización del trabajo y toda la composición y características técnicas de los materiales empleados, así como garantizar que se han respetado las especificaciones técnicas del fabricante durante la elaboración del producto.

1. Los prótesis dentales tendrán plena capacidad y responsabilidad respecto a los laboratorios que dirijan.
2. El ejercicio de la actividad del prótesis dental se desarrolla en el laboratorio de prótesis, que es un establecimiento ubicado en un espacio físico inmueble dedicado únicamente a este fin, en el que podrá diseñar, fabricar, modificar y reparar prótesis dentales mediante las distintas técnicas y materiales.

3. Los laboratorios de prótesis podrán ser privados o estar encuadrados en instituciones públicas o asistenciales, situándose en este caso en anexos a los servicios de odontología, estomatología y cirugía maxilofacial.
4. Los titulares de los laboratorios de prótesis dental podrán ser personas físicas o jurídicas, pero estarán necesariamente organizados, destinados y dirigidos por prótesis dentales que se hallen en posesión del título referenciado en el artículo V o habilitados para el ejercicio profesional conforme a lo dispuesto en la disposición transitoria primera.

## Características de los laboratorios prótesis

Un laboratorio debe tener una serie de características que permitan el desarrollo del oficio. Para poder poner en marcha un laboratorio en un local, este debe cumplir los siguientes requisitos mínimos:

- El local donde se elabore, almacene o inspeccione el producto contará con espacio suficiente para permitir las tareas de higiene y mantenimiento, tanto en las zonas destinadas a actividades productivas como en las reservadas para tareas administrativas.
- El diseño del espacio físico delimitará de forma adecuada aquellos lugares destinados a tareas, que por sus características, o por el tipo de materiales empleados, precisen una separación del resto de los procesos productivos.
- El personal y los productos a utilizar y los elaborados deberán estar suficientemente equipados y con un nivel de higiene adecuado para no afectar al producto que se sirve. Cuando alguien no cumpliera tales requisitos y ello pudiera repercutir sobre el producto, el interesado deberá abstenerse de su manipulación hasta corregir la diferencia.
- El medio ambiente del lugar de trabajo deberá ser adecuado para evitar la contaminación de materiales y productos. Tanto con las condiciones de producción como con las de almacenamiento, se deberá asegurar que no corre riesgo el personal ni el medio ambiente, por lo que el laboratorio debe cumplir la normativa vigente de seguridad e higiene en el trabajo. ■



**Mario Utrilla Trinidad**  
Director del Máster de Gestión y Dirección de Clínicas Dentales  
Secretario General de la Sociedad Española de Gerencia y Gestión Odontológica (SEGGO)

marioutrillatrinidad@hotmail.com

## Marketing sensorial: más allá de los sentidos

En los últimos años, se ha producido un gran desarrollo del marketing sensorial, que se fundamenta en tres pilares básicos:

1. **La evolución de los mercados:** con un importante aumento de la competencia y unos pacientes cada vez más escasos, exigentes y expertos. En esta realidad, el *marketing* permite a las consultas captar pacientes nuevos y fidelizarlos, logrando que la clínica crezca y sobreviva.
2. **El continuo desarrollo y avance de la neurociencia:** si integramos los avances neurocientíficos con la evolución de los mercados, surge una nueva especialidad denominada neuro-marketing.
3. **El factor emocional influye en el comportamiento de compra**

**Tan solo recordamos el 1% de lo que palpamos, el 2% de lo que oímos, el 5% de lo que vemos, el 15% de lo que degustamos y el 35% de lo que olemos**

**de la población:** los seres humanos son capaces de percibir estímulos a través de los cinco sentidos. Estos estímulos generan emociones en el individuo. Y dichas emociones afectan al comportamiento de compra.

Tenemos que utilizar los cinco sentidos para comunicarnos con el paciente: tan solo recordamos el 1% de

lo que palpamos, el 2% de lo que oímos, el 5% de lo que vemos, el 15% de lo que degustamos y el 35% de lo que olemos.

Un concepto que adquiere gran importancia en el marketing sensorial es el que Kotler denominó *atmósfera*, que es calidad del ambiente percibido por el paciente en el entorno de la clínica dental, el medio para crear mensajes, comunicarse con los pacientes y llamar su atención.

Según los autores Mehrabian y Russell, los pacientes responden al ambiente en

dos dimensiones emocionales, que generan:

- **Placer:** lo cual induce aproximación o rechazo a la consulta.
- **Interés:** lo cual incrementa el tiempo de permanencia en la clínica.

Los pacientes se forman una imagen de la clínica desde el primer momento en que entran por la puerta, es por ello por lo que debemos diseñar la consulta para realzar la calidad de todo lo que el paciente ve, toca, escucha, huele o saborea.

### Un cambio necesario

La actual crisis económica también ha hecho mella en el sector de la Odontología. Los pacien-



Hospital Dental de Madrid Arturo Soria.

tes, acuciados por la presión fiscal y los recortes económicos, han comenzado a dejar de acudir a las clínicas dentales a realizar la periódica revisión necesaria de su salud bucodental o posponen sus tratamientos más allá de los límites acertadamente recomendados por su dentista.

Pero no debemos conformarnos con echar la culpa a la grave situación económica mundial. Tenemos que realizar un ejercicio de autocrítica y reflexionar sobre cómo no hemos sido capaces de fomentar en la opinión pública una mejor valoración de la importancia de acudir regularmente al dentista durante la época de bonanza previa a la actual situación.

Hay que mirar hacia adelante y orientar nuestro ejercicio profesional hacia el paciente, satisfaciendo sus necesidades tanto de cuidados médicos como de prestación de servicios. Debemos proyectar nuestras consultas hacia el exterior, y no hacia el interior, para así motivar a la población a valorar la importancia de su salud bucodental y estimular su demanda; en definitiva, debemos centrarnos en nuestros pacientes, verdaderos protagonistas de nuestro ejercicio profesional.

## Rediseño (*restyling*)

En este contexto de crisis y cambio, es cuando debemos orientar la clínica hacia nuestros pacientes, con el fin de satisfacer sus necesidades de prestación del servicio aplicando, para ello, las posibilidades que nos ofrece el marketing sensorial. Tenemos que empezar por



**Debemos proyectar nuestras consultas hacia el exterior, para así motivar a la población a valorar la importancia de su salud bucodental y estimular su demanda**

efectuarnos las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el **color** de mi clínica?
2. ¿Cómo **suenan** mi clínica?
3. ¿A qué **sabe** mi clínica?
4. ¿Cómo **huele** mi clínica?

De este modo, definiremos qué y cuántos sentidos finalmente utilizaremos en el rediseño o

modificación de nuestra consulta (*restyling*). Buscaremos diferenciarnos frente a la competencia, priorizando qué sentidos y mensajes emplearemos.

Para finalizar estableceremos qué capacidad de implantación y gestión del tiempo tendremos. ■



## Motivar al paciente y fidelizarlo: dos caras de la misma moneda

Igual de importante que conseguir clientes es mantenerlos, pero ¿cómo hacer frente a una competencia cada vez más voraz de ofertas, descuentos y nuevas clínicas? La motivación es una de las herramientas clave que puede ayudarnos a mantener y aumentar nuestra cartera de clientes.

**L**os profesionales sanitarios no solo buscamos la excelencia en el trato y atención de los pacientes que acuden a

nuestras consultas, también buscamos que el primer resultado del tratamiento sea su satisfacción, no solo por el éxito del tratamiento en sí, sino también porque un paciente contento va a ser nuestro

mejor referente a través del boca-oreja en su entorno.

### ¿Qué es la motivación?

La motivación es un estado interno o disposición para llevar

POR SOL ARCHANCO GALLÁSTEGUI

a cabo una conducta o modificar una ya existente. Ayudar al paciente para que modifique sus hábitos de higiene y descubra cuál es la razón por la que debería cambiar su conducta y conseguir que esta se mantenga en el tiempo.

La motivación, que tiene un componente educativo, es el motor por el que se produce la modificación de una conducta para alcanzar unas metas, unas necesidades. Conduce a modificar hábitos de conducta ya instaurados o a introducir nuevos hábitos con un objetivo que pasa a ser con el tiempo una necesidad para el paciente.

La mayoría de los pacientes acuden a consulta por diferentes motivos, en muchos casos ajenos o alejados de la causa real origen de la consulta, por ejemplo, pacientes que consultan por halitosis sin saber que un posible origen puede ser la enfermedad periodontal que ellos desconocen que padecen. Por ello, debemos estimular el “querer hacer”, que es un estado interno de disposición (*locus* interno), frente al “tener que hacer”, que es impuesto desde fuera (*locus* externo), en este caso por el profesional, y que

## El proceso de modificar la conducta de los pacientes pasa por una serie de etapas o de estados de cambio

no es asumido por el propio paciente, por lo que es necesario hacerle ver esta necesidad de cambiar.

Debemos trabajar los aspectos educacionales para conseguir la motivación desde la *empatía*: saber colocarnos

Todos, educadores y educandos, tenemos una “motivación de inicio” en la que hay una gran fuerza y ánimo pero que exige un esfuerzo y una tenacidad constantes para lograr una “motivación para la tarea” y la adquisición de nuevos hábitos de vida.

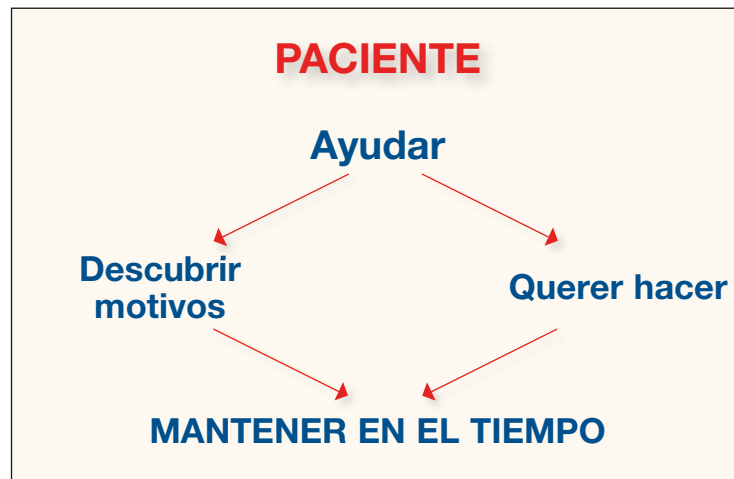


Figura 1.

en los “zapatos” de nuestros pacientes. Para ello podemos recurrir a la entrevista motivacional en la que, a través de la comunicación verbal, no verbal y paraverbal, descubrimos los motivos, las discrepancias, etc., del paciente.

La motivación está constituida por todos los factores que son capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo, que es el mantenimiento de la salud oral, y que debe estar relacionado y adecuado a las necesidades, creencias y expectativas del paciente; solo si se conocen estas necesidades, podrá cambiarse con éxito la conducta (Figura 1).

Según el Prof. Marina la ecuación de la motivación es:

$$\text{Motivación} = \text{deseo} + \text{valor del objetivo}$$

### Tipos de motivación

**Intrínseca**, basada en fuerzas interiores:

- **Intelectuales:** resolver problemas, adquirir nuevos conocimientos.
- **Emocionales:** deseo de atención, de afecto.
- **Sociales:** autoestima; ser aceptado y valorado.

**Extrínsecas**, estímulos externos que tengan relación con las necesidades interiores y que hemos descubierto a través de la entrevista motivacional.

- **Intelectuales:** informar al paciente de su enfermedad y tratamiento, aclarar dudas.
- **Emocionales:** refuerzo positivo; resaltar sus avances.
- **Sociales:** que se sienta valorado por nosotros en sus progresos y dificultades.



### Adecuar las necesidades al paciente

Cada paciente tiene unas necesidades diferentes y el patrón cambia de acuerdo a cada individuo. Por ello, es nuestra responsabilidad descubrir los intereses, el perfil psicológico, la situación socioeconómica, el estado emocional, etc., que nos conducirá a diseñar una ruta acorde a cada paciente en su proceso de motivación.

Los intereses no son iguales, estos van cambiando de acuerdo a la edad, ya que nuestras necesidades no son iguales a partir de los 60 años que a los 20.

Los profesionales del *marketing* han descubierto que dirigir mensajes de manera específica a cada grupo de edad aumenta la eficacia del mensaje. Aunque el mensaje general sea

### La motivación es un estado interno o disposición para llevar a cabo una conducta o modificar una ya existente



“la salud oral es buena” la forma en que se expresa ha de ser completamente diferente para ser eficaz:

- **Sesenta años:** no quieren sentirse viejos pero sí valorados por su experiencia. Buscan alternativas en los tratamientos, ya que son cuidadosos con su dinero y no quieren arriesgar, quieren ir sobre seguro y convencidos del tratamiento que se van a realizar.
- **Cincuenta años:** se cuidan bastante y desean tener buen aspecto, son proclives a realizarse tratamiento estéticos.
- **Treinta años (“generación X”):** grupo muy heterogéneo, muy individualista y en el que la tecnología es parte relevante en su vida. La información a través de este medio es muy útil para llegar a ellos. No debemos juzgarlos por su aspecto ya que esto significaría un alejamiento entre ellos y no-

sotros; solo debemos informarlos.

- **Desde los años 80 (generación Y) hasta hoy:** grupo diverso étnicamente, con muchas familias monoparentales. Tendencia por las marcas y logos que les permita identificarse y diferenciarse como grupo. Les gusta sentirse interlocutores en la medida en que esto es posible por su edad. Receptivos a la información vía internet y a las nuevas tecnologías.

## Nuestro cerebro tiene unas “neuronas espejo” que nos incitan a imitar lo que vemos u oímos

Por todo lo expuesto, **Abraham Maslow** (1940) diseñó una pirámide jerárquica (**Figura 2**) en la que establecía las necesidades del individuo, desde la más básica y elemental como comer y respirar hasta la consecución de necesidades más altas como la autorrealización. No obstante, las necesidades de arriba no pueden alcanzarse si las primarias no están satisfechas. Las necesidades dejan de ser motivadoras según se van satisfaciendo.

### Etapas en el proceso de modificación de conducta

Siempre existe una causa para el comportamiento humano. La herencia y el ambiente influyen en el comportamiento de las

personas, que es motivado, no es causal ni aleatorio, siempre está dirigido hacia alguna finalidad.

Por ello, el proceso de modificar la conducta de los pacientes pasa por una serie de etapas o de estados de cambio. Prochaska y di Clemente (1983) describieron las siguientes:

- **Precontemplación:** no se percibe ningún problema, no existe conciencia: “No entiendo cómo tengo sarro si me lavo los dientes tres veces”.
- **Contemplación:** hay una disposición a escuchar, a considerar que tiene un problema pero aún no está preparado para el cambio: “Quizás debería cepillarme mejor y dedicarle más tiempo pero siempre tengo prisa”.
- **Determinación o preparación:** reconoce y se enfrenta al problema sin presentar discrepancias o resistencias. Necesita autoconfianza para sentir que es capaz de resolver la situación: “Intentaré dedicarle más tiempo al cepillado y hacerlo mejor”.
- **Acción:** realiza los cambios necesarios: “Voy con prisa pero dedico el tiempo necesario para realizar una limpieza adecuada de mis dientes”.
- **Mantenimiento:** debe procurar mantener el cambio, consolidándolo y venciendo



Figura 2. Cortesía del Dr. Lozano Zafra.

resistencias y hábitos anteriores: “A veces me resulta difícil hacerlo cómo me has explicado”.

- **Recaída:** se vuelve a hábitos anteriores porque el hábito no está consolidado o por la propia autoconfianza del paciente en actuar correctamente.

La consolidación se produce cuando el paciente percibe y

comprende de manera clara la necesidad de cambiar y la importancia de mantener su salud oral.

### Cómo podemos educar

- **El ejemplo, la imitación o el modelado:** mecanismo de aprendizaje muy poderoso en el ser humano. Nuestro cerebro tiene unas “neuronas espejo” que nos incitan a imitar lo que vemos u oímos. La sociedad

que pueden ser superficiales, como la moda, o imitar el querer ser o parecerse a alguien. Suprime miedo y fobias.

- **La selección de la información y el cambio de creencias:** nuestras ideas determinan nuestra interpretación de la experiencia y muchas de nuestras creencias, sin darnos cuenta, están en nuestro interior por la presión social o

un sangrado de encías es normal porque es hereditario, por lo tanto, la creencia es que es algo normal. Por ello, es importante respetar el ritmo de aprendizaje.

- **El cambio de deseos y sentimientos:** las emociones y los sentimientos despiertan deseos de actuar. Pero en nuestro caso, estos cambios deben hacerse desde un entorno optimista y estimu-



### La consolidación se produce cuando el paciente percibe y comprende de manera clara la importancia de mantener su salud oral

propone modelos a los que hay que amoldarse para ser aceptado. Las conductas dirigidas son aquellas que son instruidas por un maestro o educador y las espontáneas,

nuestro entorno social. Nuestras ideas provocan que ante un cambio en nuestras vidas desarrollemos resistencias o discrepancias ante los nuevos hábitos o ideas. Por ejemplo,

lante en el que el refuerzo y mensaje positivo sea de “va a perder los dientes” a “vamos a mantener los dientes”. Desde una vertiente optimista, el paciente se animará con mejor predisposición al cambio. El refuerzo positivo a través de la recompensa o elogios y para que sea efectivo debe ser inmediato.

- **El razonamiento:** persuadir es intentar hacer cambiar



a otro de opinión mediante el argumento. Debemos explicar las razones para comprender el sentido de las cosas y explicar el sentido de lo que hacemos. Algo que no entendemos, no sabremos llevarlo a su fin con la determinación necesaria ni alcanzaremos el éxito.

- **El entrenamiento:** nuestro cerebro tiende a adquirir hábitos. Al actualizar los comportamientos facilita y perfecciona su realización y esto permite liberizar recursos que pueden dedicarse a otra cosa. La repetición simplifica los comportamientos. Si nos lavamos los dientes todos los días, no tendremos que pensar en hacerlo, simplemente lo haremos. La automatización de muchos de nuestros actos forma parte de nuestra rutina.
- **Eliminar los obstáculos para el aprendizaje:** hacer comprender que la edad no es un obstáculo, que la re-

educación es posible, que el tiempo no es un problema, etc. Podemos y debemos convertirnos en educadores de nuestro entorno.

### Conclusiones para una interacción afectiva

- Transmitir al paciente su situación de forma clara y breve. Hacerle partícipe de su situación periodontal. ¿Por qué, cuándo, cómo?
- Hacerle responsable de su cambio de hábitos y del seguimiento de su enfermedad. Cumplimiento de sus citas.
- Instruir recomendaciones sencillas y adecuadas a cada paciente para conseguir un cambio de actitud.
- Llegar al “pacto consensuado”: pactar con el paciente, no imponer.
- Ser consejero, entrenador del paciente.
- Responsabilizarle en su control personal no como un castigo sino que su cuidado es la re-

compensa para mantener su salud oral. ■

### BIBLIOGRAFÍA

1. González-Alorda A. The talking manager. Alienta Editorial. Grupo Planeta 2011.
2. González Sanzol J. “Una sonrisa, por favor. Psicología en la clínica dental”. 2.ª Ed. Sociedad Española de Implantes.
3. Libro blanco. Encuesta poblacional en España 2010. Consejo Dentistas. Lacer.
4. Marina JA. Los secretos de la motivación. Ed. Planeta 2011.
5. Pease A, Pease B. El lenguaje del cuerpo. Ed. Amat 2006.
6. Sanz M, Freijedo F. “Manejo psicológico del paciente periodontal”. Módulo 3 del Programa para higienistas dentales. Lacer 1999.
7. Martín-Pero L. Habilidades de comunicación y motivación en higiene oral. IX Congreso SECIB Zaragoza 2011.
8. Manual de higiene bucal. SEPA. Ed. Médica panamericana 2009.
9. Urban & Fischer. Valoración y profilaxis. Ed. Elsevier Doyma, S. L. 2007.
10. Legido B, Casas A. Educación y motivación para el control de placa mecánico, sesión D. 1.er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. SEPA 2003: 277.

**Sol Archanco Gallástegui** es higienista dental. Socia Consultora de Hexagonal Training.

## ASPECTOS CLÍNICOS

# Rehabilitación mandibular con sectores posteriores atróficos. Caso clínico

**Tras la pérdida dentaria comienza la remodelación ósea que conduce a la atrofia alveolar y que va a limitar en numerosas ocasiones la disponibilidad ósea necesaria para la colocación de implantes.**

En la situación descrita, y si se descarta la prótesis removible convencional, será necesaria la realización de cirugías complementarias que permitirán rehabilitar al paciente con la calidad de vida que aportan las prótesis implantosoportadas en función del hueso remanente residual.

### Introducción

Si tomamos como referencia la clasificación de Misch y Judy<sup>1</sup>, descrita en 1985, para referirnos a la disponibilidad ósea, en la rehabilitación de sectores posteriores atróficos con compromiso de División C, deberemos incluir en la planificación del tratamiento implantológico

co procedimientos de aumento óseo. Las dimensiones del hueso residual en la División C son: anchura inferior a 2,5 mm, altura menor a 12 mm, 30 grados de angulación como máximo del implante con el cuerpo alveolar y altura coronaria mayor a 15 mm.

Existen diferentes alternativas de tratamiento y cada vez son más los biomateriales que se van incorporando a la práctica clínica para responder a la creciente demanda de pacientes que solicitan un tratamiento restaurador.

En el caso de los sectores mandibulares atróficos la disponibilidad ósea en altura para colocar implantes está limitada por la existencia del nervio dentario. Existen distintas opciones de tratamiento para la rehabilitación con implantes. La técnica de trasposición del nervio dentario permite insertar implantes

largos con buena estabilidad en la región molar-premolar; pero, sin embargo, este procedimiento puede dañar el nervio dentario<sup>2-4</sup>. La colocación de implantes cortos es otra alternativa, pero con resultados diversos<sup>5,6</sup>. El principal problema de esta técnica radica en la relación corono-implante tan desfavorable que se obtiene<sup>7</sup>.

Los procedimientos de aumento óseo vertical (injertos *onlay*, *inlay*, regeneración ósea guiada, distracción osteogénica) intentan crear un volumen óseo suficiente para insertar implantes manteniendo una adecuada relación oclusal interarcada. Además, uno de los objetivos más perseguidos de todas las técnicas es minimizar la reabsorción del hueso injertado.

En el Sexto Workshop Europeo de Periodoncia<sup>8</sup> se analizaron las técnicas de regeneración ósea vertical (regeneración

POR PEDRO A. MARTÍN VERA,  
MARÍA JOSÉ ENCABO DURÁN,  
S. CALDERÍN PÉREZ, MARÍA NOELIA  
CERVANTES HARO, JUAN MANUEL  
ARAGONESES LAMAS

**TABLA 1.** Regeneración ósea vertical

	ROG	Distracción	Injertos <i>onlay</i>
Ganancia ósea	2-8 mm	5-15 mm	4,2-4,6 mm
Pérdida ósea	1,8-2 mm (1-7 años)	1-1,4 mm (1-5 años)	0-4,9 (1-3 años)
Complicaciones	0-45,5% (exposición membrana)	10-75,7% (inclinación linguopalatina)	Reabsorción
Supervivencia de IOI	92,1-100%	90-100%	76-100%

ósea guiada [ROG], distracción osteogénica e injertos *onlay*) y se obtuvieron resultados muy heterogéneos, tal y como se muestra en la Tabla 1, sin llegar a una conclusión de qué tratamiento podría ser más favorable.

Muchos autores han presentado casos de procedimientos de aumento con membranas<sup>9-12</sup> mientras que otros usaron injertos sin membranas<sup>13-17</sup>. Existen estudios que confirman que las técnicas de aumento de hueso en *onlay* con membrana sufren menor reabsorción que aquellos en los que no se colocó membrana. Con el fin de estabilizar y proteger el injerto también se pueden usar mallas de titanio, ayudando a conseguir aumentos de hueso de hasta 5,7 mm<sup>18-20</sup>.

Existe evidencia científica en cuanto a que la regeneración horizontal es el procedimiento de ganancia ósea más efectivo<sup>21</sup>. La tasa de supervivencia de los implantes independientemente del tipo de membrana o material de relleno que se utilice se sitúa en torno al 95,7%. Si bien es cierto que con las membranas reabsorbibles se consigue una menor tasa de complicaciones que con las no reabsorbibles (5% frente a 20%). El éxito de las distintas técnicas oscila entre 91,7-100%, en un tiempo que varía desde los 12 a los 59,1 meses. Llegaron a la conclusión de que no existe evidencia que demuestre la superioridad de la membrana o el injerto óseo concreto.

La variable que decidirá si colocar o no los implantes en la cirugía de aumento óseo será la estabilidad y su posición respecto de la prótesis. Si se cumplen ambos objetivos, se podrá realizar la inserción de implan-

tes de forma simultánea a la cirugía de aumento óseo; si no, se hará diferida.

La rehabilitación con prótesis implantosoportada de sectores posteriores atróficos mandibulares supone un reto debido a las deficiencias de cantidad y calidad ósea y a la proximidad del nervio dentario inferior. Para ilustrar la técnica se expone la resolución de un caso clínico paso a paso, según la secuencia de tratamiento que se lleva a cabo en las clínicas de la Institución Universitaria Mississippi.

### Caso clínico

Paciente de 52 años de edad, no fumador. No presenta datos de interés en la historia clínica en cuanto a antecedentes personales, familiares, enfermedades actuales, alergias o toma de medicamentos.

Tras realizar la **historia clínica y anamnesis**, se lleva a cabo el **examen intraoral** para valorar los siguientes parámetros: piezas ausentes, piezas a extraer por imposibilidad de realizar un tratamiento conservador, tipo de oclusión, relación interarcada, espacio protético y apertura bucal (Figs. 1, 2). Se realizó una **radiografía panorámica** (Fig. 3).



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Con la toma de registros comenzamos el **estudio y la planificación del caso**. Se toman impresiones para modelos de estudio, registros de cera adecuados y toma del arco facial para montaje en articulador. Obtendremos la relación craneomaxilar e intermaxilar del paciente.

En la **tomografía computarizada** se cuantifica a escala 1:1 el grado de atrofia ósea que ha sufrido el paciente en los sectores posteriores (Figs. 4, 5).

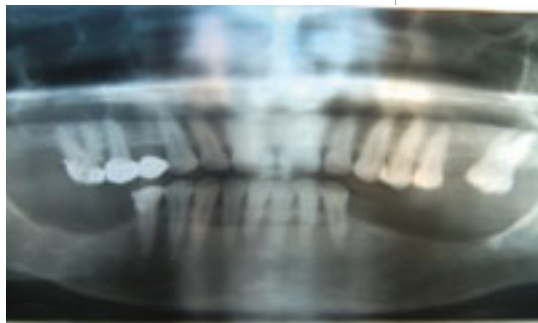


Figura 4.

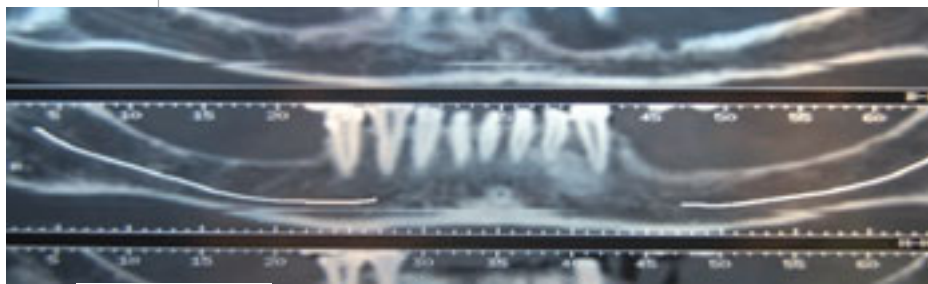


Figura 5.

Tras el estudio del caso se explica al paciente las diferentes opciones de tratamiento. En el caso de la rehabilitación mandibular, las alternativas de tratamiento que se presentaron al paciente fueron prótesis parcial removible o prótesis fija implantosoportada. El paciente optó por la prótesis fija siendo consciente de que al presentar unos sectores posteriores atróficos, el pronóstico del tratamiento no era muy favorable.

Para la rehabilitación protésica mandibular será necesaria una cirugía de aumento óseo vertical y horizontal que nos permita contar con unas dimensiones óseas suficientes para colocar implantes manteniendo la distancia de seguridad a las estructuras anatómicas adyacentes.

En relación con el tratamiento quirúrgico realizado en el tercer cuadrante, tras la anestesia local infiltrativa de la zona con articaína 4% y epinefrina 1:100.000, se realizó una incisión a espesor total paracrestal por lingual desde distal del 33 hasta la zona



Figura 6.

del triángulo retromolar con descarga vertical vestibular. La localización lingual de la incisión lineal permite disponer de una cantidad de encía queratinizada a vestibular y además alejar la línea de la incisión de la zona a regenerar.

Localizando la incisión sobre el hueso huésped se van a proporcionar factores de crecimiento y permite, además, que el periostio se regenere más rápidamente. Se refleja el colgajo mucoperiosti-

co mediante un despegamiento amplio (Fig. 6).

En el **lecho receptor** del injerto se valora la magnitud de la zona a regenerar y se prepara decorticalizándolo para aumentar la vascularización y favorecer la adaptación del injerto. Se realizan para ello unas perforaciones en la cortical que reciben el nombre de fenómenos de aceleración regional (FAR). Supone la respuesta a un estímulo nocivo formándose más rápidamente tejido que en el



Figura 7.



Figura 8.

**En la rehabilitación de sectores posteriores atróficos con compromiso de División C, se deberá incluir en la planificación del tratamiento implantológico procedimientos de aumento óseo**

proceso de regeneración normal. La **zona donante** del injerto se sitúa a nivel del trígono retro-molar, en la zona de erupción del tercer molar inferior. Ponemos el testigo de necesidad de injerto y con fresa redonda y pieza de mano quirúrgica con irrigación de suero fisiológico, se marca diseñando la forma y el tamaño del injerto con punteado. Se realizan dos líneas verticales y una horizontal. La osteotomía medial no es necesaria. La profundidad de las marcas con la fresa se realiza hasta que aparece un sangrado procedente del hueso esponjoso para prevenir la lesión del nervio dentario (Figs. 7, 8).

Con la ayuda de un cincel y un martillo, se procede a la obtención del injerto de rama. Es importante regularizar los bordes de la zona donante para que no haya espículas óseas que dañen o ulceren la mucosa. Una vez obtenido el injerto, se lleva a la zona receptora y se fija con tornillos de titanio (Osteoplac, 1.6x10). Se necesitan al menos dos fijaciones para que el injerto quede estable y no rote (Fig. 9).

Para suavizar la solución de continuidad del reborde alveolar con el injerto, creando una morfología regular, y aumentar el volumen óseo hasta el deseado, se coloca hueso particulado (Laddec, Zimmer®) de origen bovino. Se cubre con una membrana de colágeno tipo I reabsorbible de pericardio heterólogo (Osteobiol® Evolution) fijándola con chinchetas para asegurar la estabilidad del hueso particulado e impedir

## La variable que decidirá si colocar o no los implantes en la cirugía de aumento óseo será la estabilidad y su posición respecto de la prótesis

la infiltración del tejido conectivo (Fig. 10). Es fundamental conseguir un buen cierre primario. Como consecuencia del aumento de volumen conseguido tras el injerto, el cierre primario se

convierte en un acto de cierta complejidad. Para aumentar la elasticidad del colgajo, se realizan unas incisiones horizontales en la base del periostio, que, a ser posible, se realizarán alejadas de la zona a regenerar porque se debe tener en cuenta que el aporte vascular corre a cargo del periostio y se podría ver comprometida la vascularización de la zona. Dichas incisiones reciben el nombre de incisiones liberadoras de Rehrmann. Se sutura la herida con seda de cuatro ceros, dando puntos simples y de colchonero horizontal.

Inmediatamente tras la cirugía, se coloca una bolsa de hielo en la zona para limitar la inflamación. En cuanto a la pauta de medicamentos, se administró una dosis de corticoide intramuscular (metilprednisolona 40 mg) y se recetó al paciente antibiótico (amoxicilina 1 g/7 días), antiinflamatorios (ibuprofeno 600 mg/4 días) y analgésicos de rescate (metamizol). Además, también se dieron las pautas para que pudiera mantener una buena higiene (cepillo quirúrgico, gel de clorhexidina), así como las recomendaciones para llevar una dieta blanda y fría.

La segunda cirugía para colocar los implantes se puede realizar a los seis meses tras el injerto. De esta



Figura 9.



Figura 10.

manera, al haber conseguido un aumento del volumen óseo, será posible la colocación de los implantes, no solo bajo el condicionante de la estabilidad primaria sino también en una localización favorable desde el punto de vista biomecánico.

### Conclusiones

La técnica quirúrgica de aumento óseo mediante injerto óseo monocortical, hueso particulado y membrana o malla son satisfactorias para conseguir el objetivo de aumentar la disponibilidad ósea del paciente para colocarle implantes dentales. De esta manera, aumentan las posibilidades terapéuticas en pacientes que, de otro modo, estarían obligados a rehabilitarse con prótesis removible. Por tanto, los pacientes podrán, con una prótesis fija, aumentar la calidad de vida debido a una mejoría en la masticación, satisfacción con la prótesis y comodidad<sup>22</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Carl E Misch. *Implantología contemporánea*. Elsevier España 2009.
2. Bovi M. Mobilization of the alveolar nerve with simultaneous implant insertion: a new technique. Case report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2005; 25: 375-383.
3. Kahnberg KE, Henry PJ, Tan AE, Johansson CB, Albrektsson T. Tissue regeneration adjacent to titanium implants placed with simultaneous transposition of the inferior dental nerve: a study in dogs. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000; 15: 119-124.
4. Peleg M, Mazor Z, Chaushu G, Garg AK. Lateralization of the inferior alveolar nerve with simultaneous implant placement: a modified technique. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2002; 17: 101-106.
5. Tawil G, Aboujaoude N, Younan R. Influence of prosthetic parameters on the survival and complication rates of short implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2006; 21: 275-282.
6. Deporter D, Pharoah M. Managing the posterior mandible of partially edentulous patients with short, porous-surfaced dental implants: Early data from a clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2001; 16: 653-658.
7. Domínguez das Neves F. Short Implants - An Analysis of Longitudinal Studies. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2006; 21 (1): 86-93.
8. Tonetti MS, Hämmerle CH; European Workshop on Periodontology Group C. Advances in bone augmentation to enable dental implant placement: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2008 Sep; 35 (8 Suppl): 168-72.
9. Buser D, Dula K, Hirt Hp, Schenk RK. Lateral ridge augmentation using autografts and barrier membranes: A clinical study with 40 partially edentulous patients. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 420-433.
10. Tinti C, Parma-Benfenati S, Polizzi G. Vertical Ridge Augmentation: What is the limit? *Int J Periodont Res Dent* 1996; 16: 221-229.
11. Tinti C, Parma-Benfenati S. Clinical classification of bone defects concerning the placement of dental implants. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2003; 23 (2): 147-55.
12. Simion M, Jovanovic S, Tinti C, Parma Benfenati S. Long-term evaluation of osseointegrated implants inserted at the time or after vertical ridge augmentation. A retrospective study on 123 implants whit I-5 year follow-up. *Clin Oral Impl Res* 2001; 12: 35-45.
13. Chiapasco M, Abati S, Romeo E, Vogel G. Clinical outcome of autogenous bone blocks or guided bone regeneration with e-PTFE membranes for the reconstruction of narrow edentulous ridges. *Clin Oral Impl Res* 1999; 10: 278-88.
14. Zeiter DJ, Reis WL, Sanders JJ. The use of a bone block graft from the chin for alveolar ridge augmentation. *Int J Periodont Res Dent* 2000; 20: 619-627.
15. Cordaro L, Amade DS, Cordaro M. Clinical results of alveolar ridge augmentation with mandibular block bone grafts in partially edentulous patients prior to implant placement. *Clin Oral Implants Res* 2002; 13: 103-111.
16. Capelli M. Autogenous bone graft from the mandibular ramus: a technique for bone augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003; 23: 277-85.
17. Schwartz-Arad D, Levin L, Sigal L. Surgical success of intraoral autogenous block onlay bone grafting for alveolar ridge augmentation. *Implant Dentistry* 2005; 14 (2): 131-138.
18. Rocuzzo M, Lungo M, Corrente G, Gandolfo S. Comparative study of a bioresorbable and a nonbioresorbable membrane in treatment of human buccal gingival recessions. *J Periodontol* 1996; 67: 7-14.
19. Piattelli A, Podda G, Scarano A. Histological evaluation of bone reaction to aluminium oxide dental implants in man. *Biomaterials* 1996; 17: 711-4.
20. Majluf M, Harán J, Moreno G. Regeneración ósea guiada utilizando membrana de óxido de aluminio en combinación con implantes oseointegrados. *Rev Esp Ciruj Oral y Maxilofac* 2007; 29 (4): 260-269.
21. Chiapasco M, Casentini P, Zaniboni M. Bone augmentation procedures in implant dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009; 24 Suppl: 237-59.
22. Assunção W, Zardo G, Delben J. Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among elderly edentulous patients: satisfaction and quality of life. *Gerodontology* 2007; 24 (4): 235-8.

**Juan Manuel Aragoneses Lamas** es director del Máster de Cirugía, Implantología y Periodoncia de la Institución Universitaria Mississippi. Madrid.

**S. Calderín Pérez** es alumna del Máster de Cirugía, Implantología y Periodoncia de la Institución Universitaria Mississippi. Madrid.

**María Noelia Cervantes Haro** es profesora del Máster de Cirugía, Implantología y Periodoncia de la Institución Universitaria Mississippi. Madrid.

**María José Encabo Durán** es profesora del Máster de Cirugía, Implantología y Periodoncia de la Institución Universitaria Mississippi. Madrid.

**Pedro A. Martín Vera** es profesor del Máster de Cirugía, Implantología y Periodoncia de la Institución Universitaria Mississippi. Madrid.

# su consulta

## Cinco consejos para incrementar la productividad de sus especialistas

El trabajo conjunto con su equipo de especialistas para aumentar la producción le beneficiará a Vd., a sus especialistas y también a sus pacientes. Aquí tiene una pequeña guía para intentar conseguirlo en su consulta.

POR JILL NESBIT



¿Tiene Vd. un especialista trabajando a tiempo parcial en su consulta? Hoy día la mayor parte de especialistas se desplazan a más de una consulta con el fin de incrementar su productividad

ofreciendo su trabajo a nuevos grupos de pacientes. ¡Y este planteamiento funciona!

Los especialistas que viajan e invierten un día de trabajo junto a un odontólogo generalista

disfrutan de un mayor aumento de su nivel de productividad que aquellos otros que solo trabajan en una consulta. Este planteamiento sería también muy atractivo para los dentistas generalistas que con-

## Un amplio registro de pacientes tratados le proporciona a su especialista un excelente *feedback* acerca del éxito de su trabajo

tratan a los especialistas, ya que su aplicación incluye ventajas como la mejor colaboración del paciente, mayor coordinación y resolución de los casos más complejos, y la creación de una nueva fuente de ingresos para la consulta.

Con independencia de si Vd. es un odontólogo generalista que contrata especialistas, o bien es Vd. un especialista que se desplaza a distintas consultas, es evidente que lo que a Vd. le interesa, en cualquier caso, es aumentar su producción en esa área asistencial especializada; y aquí tiene cinco consejos útiles que pueden ayudarle a conseguirlo.

### 1. Reuniones y charlas conjuntas

Compartir almuerzos, tanto formales como informales, es esencial para mantener una buena comunicación entre profesionales. Es agradable discutir casos y charlar conjuntamente con los pacientes para presentar los casos más complejos, y aún más agradable si podemos congratularnos con los pacientes de la resolución satisfactoria de esos casos. Es muy importante hablar acerca de la plantilla, del equipamiento, de las salas de asistencia, de la política financiera y así mismo de la



cobertura de seguros. Una gran parte de especialistas y odontólogos generalistas mantiene una programación regular de este tipo de reuniones, lo que les hace más fácil afrontar y, en su caso, resolver las situaciones difíciles que se presenten.

### 2. Evaluación del desempeño profesional

Ahora es el momento idóneo para revisar los resultados del trabajo de sus especialistas colaboradores durante 2012. Recupere algunos informes y reúnase con él para echar un vistazo a:

- Producción y facturación.
- Aceptación de presupuestos y tratamientos por los pacientes.
- Revisión de procesos de gestión y de procedimientos terapéuticos.

Podría Vd. crear una tabla de datos para su especialista conservando un registro de las ganancias generadas por él (producción y facturación) desde que inició la atención a pacientes en su consulta. ¿Cuál es la tendencia?

Un amplio registro de pacientes tratados le proporciona a su espe-

## El trabajo en grupo de los odontólogos aumenta el porcentaje de empresas de éxito

cialista un excelente *feedback* acerca del éxito de su trabajo motivando a los pacientes en la aceptación de los planes de tratamiento propuestos. El hecho de facilitar esta información puede ser una útil herramienta de aprendizaje para su especialista, incluso en su propia consulta.

La revisión de los protocolos con su especialista puede ser un buen punto de partida para iniciar las conversaciones: cuando vea el total de códigos de procedimientos realizados en el pasado año, tendrá una buena impresión del tipo de tratamientos que debe proporcionar en su consulta, y podrá marcarse objetivos para el futuro.

### 3. Establecer objetivos

Con los listados de códigos asistenciales a mano, los especialistas



pueden determinar cuáles son los procesos que realizan con más frecuencia, y así mismo cuáles prefieren hacer y cuáles otros debieran incrementar. Por ejemplo, una reunión de planificación estratégica de mis dentistas con nuestro periodoncista permitió que este evaluara sus objetivos y su desempeño real en la provisión de implantes durante el año 2012.

Gracias a nuestros informes, pudo ver el número de estudios para implantes realizados así como el número real de implantes colocados en los últimos cinco años. Habida cuenta de que en los estudios de implantes intervienen tanto las evaluaciones periódicas de los higienistas dentales, como los informes aportados por los médicos de Atención Primaria, el periodoncista también comprobó la evolución y tendencia en los estudios, y pudo observar, negro sobre blanco, que cuanto mayor fue el número de estudios realizados mayor fue el número de implantes y tratamientos periodontales finalmente aplicados.

Todos estos datos ayudan a nuestro especialista a fijar obje-

## El odontólogo generalista y el especialista pueden diseñar un plan de *marketing* para determinar el tipo de casos que quieren potenciar

tivos para este año y le estimulan para conseguirlos.

### 4. Plan de *marketing* cooperativo

Esta es una de las mayores ventajas de contar con un especialista en la consulta de forma regular. El odontólogo generalista y el especialista pueden diseñar un plan de *marketing* para determinar el tipo de casos que quieren potenciar y pueden compartir los costes. Revisar los folletos para pacientes, la página web y todos los materiales disponibles para incorporar en ellos los servicios ofrecidos por su espe-

cialista. Considera también el *marketing* interno y cómo coordinará con su equipo las presentaciones de casos de acuerdo con su especialista, entrenándoles para programar estas sesiones de forma eficaz. Así mismo, solicite a su especialista colaboración para escribir en su blog y en sus redes sociales.

### 5. Seguimiento

Tome notas en sus reuniones. Identifique los objetivos y proyectos que su especialista desea alcanzar. Conserve sus notas en una carpeta con el nombre de su especialista, que le haga fácil su localización y contenidos en la próxima sesión. Estas notas pueden ser revisadas fácilmente con el fin de evaluar si está Vd. coadyuvando a conseguir los objetivos de su especialista; esto puede ser de gran ayuda para este, que está igual o más atareado que Vd. y puede ser fácilmente distraído de su trabajo asistencial diario.

A mitad del año, extraiga un nuevo resumen de producción y facturación para conocer si está Vd. dentro de los resultados esperables. A lo largo del año, anime a su plantilla de especialistas a revisar los objetivos y ayúdeles en las tareas necesarias para su consecución.

Cada vez son más los dentistas que trabajan en equipo; aunque la mayoría de grupos está compuesto por dos odontólogos generalistas trabajando juntos, los especialistas están comenzando a trabajar también así, a tiempo parcial. El trabajo en grupo de los odontólogos aumenta el porcentaje de empresas de éxito, que consiguen sus objetivos de cuidados de calidad y de aumento de beneficios. ■

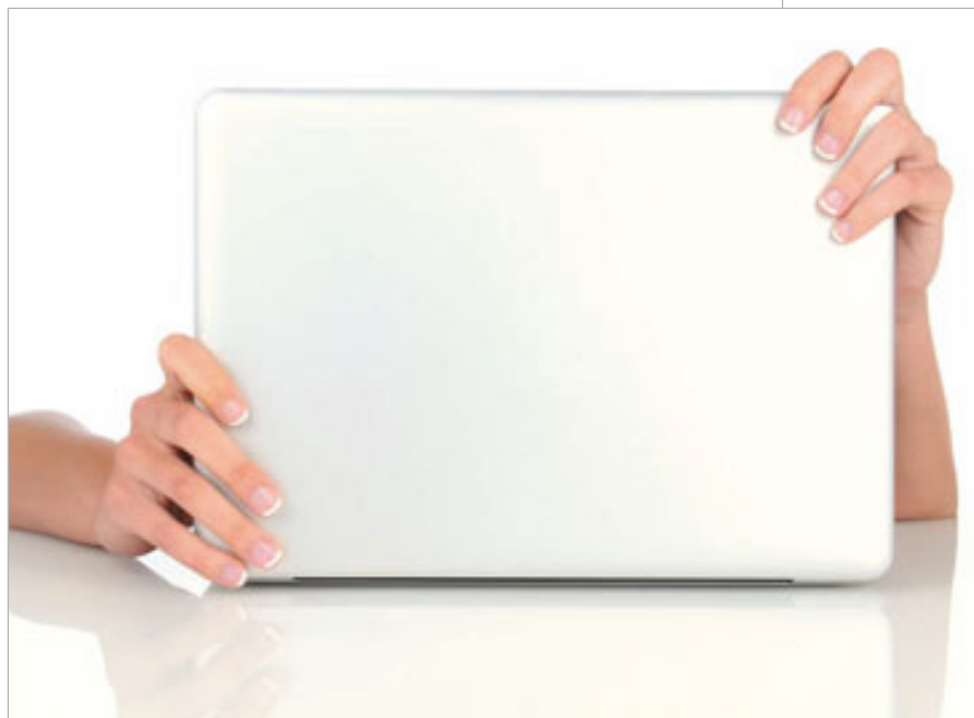
**Jill Nesbitt** es consultora dental y gerente de una consulta privada formada por un grupo de especialistas.

## Nadie de la plantilla puede esconderse

POR PAM HAFFNER

Cualquiera que sea su papel en la consulta (odontólogo, recepcionista, auxiliar, higienista u otra labor dentro del equipo) su comunicación e interacción con los pacientes influye directamente en su relación con la consulta. Para que los pacientes perciban que están recibiendo un tratamiento personalizado, resulta esencial que todos los miembros del equipo sean conscientes de las necesidades de cada paciente. Cada puesto o función en el equipo es crítico para establecer y manejar correctamente las expectativas de los pacientes en cuanto a tratamiento y servicios recibidos.

La comunicación, tanto verbal como no verbal (escrita o gestual), es clave para la descripción al paciente de cada tarea del equipo, lo que facilitará el manejo idóneo del mismo. ¿Recuerda cuándo fue la última vez que reunió a su equipo para una sesión de planificación de, por ejemplo, dos horas dedicadas a identificar puntos de interacción entre los trabajadores y los pacientes? ¿O cuándo trabajaron de forma conjunta para establecer un protocolo que fuera satisfactorio tanto para los pacientes como para sus profesionales? Lo cierto es que resulta poco frecuente que una consulta



se comprometa a invertir tiempo en entrenar a los trabajadores que componen su plantilla no solo en el correcto manejo de los pacientes, sino en convertir el fortalecimiento de la relación con ellos en un punto fundamental del trabajo asistencial diario.

¿Cuál es su caso? Aquí le ayudamos a saber cómo puede contribuir cada profesional a lograr este importante objetivo.

### Personal de recepción

Estos profesionales son la primera y la última cara y/o voz que se relacio-

na con el paciente; por ello resultará clave su habilidad para saber qué hacer, qué decir o cómo escuchar en cada momento para conocer las expectativas de cada paciente y hacer el adecuado seguimiento y registro de las actuaciones y los resultados de su tratamiento. Para ello será muy útil identificar el tipo de personalidad y motivación emocional del paciente, en combinación con herramientas para escucharle de forma activa, resolviendo las objeciones que plantee; ello les permitirá sentir que sus necesidades son realmente atendidas.

Una forma de asegurarse de que no habrá expectativas desatendidas es facilitar a los pacientes una guía de las normas de la consulta en lo relativo a citas, pagos, seguros, etcétera. Así mismo es muy conveniente una adecuada comunicación durante los cambios de tratamientos y profesionales dentro de la misma consulta, lo que además será muy ventajoso tanto para la imagen ante nuevos pacientes, como para el registro de la información asistencial de toda la cartera de clientes de la consulta.

### Auxiliar

El auxiliar tiene una misión muy importante de asistencia al paciente al ser el miembro del equipo que está junto a este tanto a su llegada, cuando las conversaciones suelen ser más triviales, como en la propia sala de tratamientos, momento en el que el paciente suele requerir más apoyo y refuerzo emocional. El auxiliar ejerce una función de enlace, pues es frecuente que el paciente acuda a él para verificar lo que le ha dicho o para preguntarle sobre el protocolo de asistencia.

Aplicando herramientas para escuchar con atención, identificando las inquietudes del paciente y compartiendo con él las

**Cada puesto o función en el equipo es crítico para establecer y manejar correctamente las expectativas de los pacientes**

normas de la consulta, conseguirá hacerle sentir seguro, evitar cualquier contrariedad o desánimo por su parte y afianzar así una buena relación asistencial. De esta forma, el trabajo del auxiliar se convierte en esencial en la cadena asistencial, al hacer mucho más fácil la comunicación, y el propio trabajo, que posteriormente realicen la higienista o el odontólogo.

### Higienista

Dado que la higienista desarrolla una labor muy específica y con un tiempo más limitado, quizá es más difícil que el paciente pueda conocer su labor y puede parecer que tienen una menor influencia en la relación con el paciente. Sin embargo, la higienista es la profesional que pasa más tiempo con cada paciente y está, por tanto, en la mejor disposición para actuar realmente con eficacia sobre las expectativas y los resultados esperados.

La higienista es capaz de apoyar y clarificar cualquier pregunta que el paciente formule sobre el diagnóstico y tratamiento, y así mismo continuar facilitando información acerca del propio plan de tratamientos o aspectos relacionados con las coberturas o la financiación si fuera necesario. La higienista es con frecuencia la primera persona a la que el paciente refiere cuestiones personales que pueden afectar a su respuesta emocional en la aceptación del tratamiento propuesto, del protocolo de la consulta, etcétera. Constituyen por tanto un elemento importante en la cadena de acercamiento al paciente, pues pueden compartir información de utilidad con el resto del equipo para resolver las necesidades

planteadas y mantener la mejor relación con el cliente.

### Odontólogo

Evidentemente, todas estas funciones de relación con el paciente comienzan con la planificación que de la consulta realiza el odontólogo, estableciendo el nivel y tipo de asistencia y la forma de aplicarla. Si esta planificación no incluye aspectos concretos de comunicación y manejo del paciente, creo que es una buena ocasión para practicarla. Ello trae consigo la necesidad de entrenar al equipo en estas tareas e incluso planificar un calendario de talleres de formación al respecto. Si es el propio odontólogo el que lidera y da valor a estas actividades, el equipo de profesionales las acogerá con más entusiasmo.

Si se percibe que el odontólogo escucha al paciente, o que también es capaz de atender consultas vía telefónica o interviene directamente para hacer más agradable la estancia del paciente en la consulta, los pacientes tendrán la seguridad de que la atención es un valor clave en dicho gabinete odontológico.

No hay duda de que la comunicación es la mejor herramienta para la mejor relación y manejo del paciente; su función es excepcional y difícilmente reemplazable por tecnologías punteras, horarios ampliados o planes de pago aplazado.

Cada miembro del equipo tiene por tanto su propia tarea y responsabilidad de cara al paciente. Y su estímulo con formación añadida sobre técnicas de comunicación constituye una clave importante para asegurar el éxito de su consulta. ■

**Pam Haffner** es consultor en el Instituto Pride.

# Normativa

## Respuestas a sus preguntas sobre...

### Tasas judiciales

Ha entrado en vigor la Ley 10/2012, de 20 de noviembre, por la que se regulan determinadas tasas en el ámbito de la Administración de Justicia y del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. ¿Cómo afecta esta nueva normativa a los médicos en su ejercicio profesional?

Las tasas judiciales siempre han existido, existen desde los orígenes de los tribunales en España. El derecho a la tutela judicial efectiva recogido en nuestra Constitución es un derecho prestacional, es decir, el legislador tiene un ámbito de libertad para definir las condiciones y consecuencias del acceso a los recursos de la Administración de Justicia. Ahora bien, a diferencia de la normativa anterior, que únicamente imponía el pago de tasas judiciales a personas jurídicas cuya facturación fuera superior a los 8 millones de euros, la capacidad económica de estas personas para hacer frente al pago de dichas tasas era incuestionable. Con la nueva normativa se imponen las tasas judiciales a cualquier ciudadano que no sea beneficiario de la asistencia jurídica gratuita, por tener ingresos anuales superiores a los 14.000 euros brutos, tanto si presentan una demanda civil (pleitos entre particulares) como contra la

**Con la nueva normativa se imponen las tasa judiciales a cualquier ciudadano que no sea beneficiario de la asistencia jurídica gratuita**

Administración (contencioso-administrativa) o bien un recurso en vía social (pleitos laborales). A partir de ahora, por ejemplo, a un paciente que pretenda reclamar 1,3 millones de euros por una supuesta negligencia profesional le costará 6.050 euros. Si tiene que recurrir en apelación, otros 6.550 euros, y si tuviese que llegar al Tribunal Supremo, otros 6.950 euros. Total por el concepto de tasas: 19.550 euros.

¿Qué harán en estas circunstancias los reclamantes? Por lógica, tramitarán mayoritariamente sus reclamaciones contra



los médicos ante la jurisdicción penal, jurisdicción que por esta ley queda exenta de las tasas.

### Extinción del contrato por causas objetivas

Quiero despedir a una trabajadora por reiteradas faltas a su puesto de trabajo. ¿Cuál es la forma en la que debo hacerlo y con qué preaviso?

La ineptitud del trabajador conocida o sobrevinida con posterioridad a su colocación efectiva en la empresa, su falta de adaptación a las modificaciones técnicas que se efectúen en su puesto de trabajo, cuando concurren causas económicas, técnicas, organizativas y de producción y la extinción sea inferior a los números del despido colectivo y/o las faltas al trabajo aun justificadas son las causas por las que el empleador puede proceder a extinguir el contrato ante la existencia de causas objetivas. Ahora bien, en el caso de faltas al trabajo, aun cuando estas sean justificadas, se deben dar unos porcentajes mínimos, esto es, un 20% en dos meses o bien un 25% en cuatro meses discontinuos en periodos de 12 meses.

Con respecto a la forma, se le deberá entregar una comunicación escrita a la trabajadora expresando la causa, en este caso faltas al trabajo, y se deberá poner a su disposición de forma simultánea la indemnización correspondiente, esto es, 20 días por año de trabajo con un máximo de doce mensualidades, y se le deberá conceder un plazo de preaviso de 15 días. ■



**Ofelia de Lorenzo Aparici** es socia del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa. Para contactar: [odlorenzo@delorenzoabogados.es](mailto:odlorenzo@delorenzoabogados.es)

# Capital Riesgo

## La negociación en 'start-ups'

**E**stamos constantemente negociando. Lo hacemos tanto en nuestra vida profesional como en la vida personal, con familiares y amigos. Negociamos porque al final del día nuestro éxito depende, en buena medida, de las decisiones y acciones de otras personas que tienen diferentes intereses y puntos de vista. De igual modo, el liderazgo efectivo de nuestra iniciativa emprendedora depende de nuestra capacidad para llegar a acuerdos valiosos con personas que pueden ayudar a que nuestra iniciativa salga adelante. Esto es cierto con respecto al capital riesgo, las potenciales alianzas con otras compañías y la relación con nuestros colaboradores, proveedores, clientes, accionistas y con cualquiera que se cruce en el camino de convertir nuestra idea en realidad.

Uno de los ejes centrales de cualquier negociación son las concesiones, ceder en algunos aspectos para conseguir que la otra parte ceda en otros. Es importante haber reflexionado acerca de la oportunidad de estas concesiones y del momento adecuado para ponerlas encima de la mesa. Debemos acostumbrarnos a conceder a la otra parte algo que ha solicitado solo si la otra parte ha trabajado por ello y «lo merece». Las concesiones sin motivo son concesiones desperdiciadas que podrían haber condicionado la posición de la otra parte a nuestro favor. Una vez que una concesión está hecha, es altamente irreversible. El «cómo» hacemos las concesiones también dice mucho de nuestra credibilidad. A veces, concesiones muy rápidas pueden ser vistas como sospechosas; al contrario, no dar ninguna concesión en absoluto puede denotar inflexibilidad e incapacidad para llegar a compromisos. Al acercarnos al final de la negociación, es importante también disminuir el ritmo de concesiones. Una buena estrategia de concesiones supone:

- No improvisar jamás las concesiones.
- Conceder únicamente cuando tenemos algo que ganar a cambio, cuando la otra parte se lo haya «ganado».
- Haber preparado una lista de todas las cuestiones que podrían «concederse» y haber analizado «a cambio de qué» vamos a ofrecer cada una de ellas.
- Ser conscientes de que las concesiones tienen que ser proporcionadas, y no deben parecer nunca arbitrarias.

- Entender el valor de cada concesión para nosotros y para la otra parte.

Una cosa es llegar a un acuerdo, y otra bien distinta llevarlo a la práctica, implementarlo. En muchas ocasiones, los negociadores acuerdan un escenario muy interesante para ambas partes y luego aparecen problemas que hacen imposible la ejecución del acuerdo. Conviene siempre tener este punto bien presente.

**Es clave plasmar por escrito lo que ambas partes han acordado, enfatizando cuestiones que aporten valor**

Es importante destacar que el proceso de negociación no debería terminar sin que las dos partes recapitulen, entiendan todos los términos del acuerdo y establezcan un plan de implementación de esos términos. Es siempre muy conveniente plasmar por escrito lo que ambas partes entienden que se ha acordado, enfatizando aquellas cuestiones que aportan valor a ambas partes. Como resulta obvio, si el acuerdo se ha cerrado, normalmente ambas partes están satisfechas. Pero reflexionar acerca del éxito obtenido es importante para nuestro propio aprendizaje. Los resultados pueden medirse en varias dimensiones, entre las que destacamos:

- El resultado objetivo de cuánto mejor estamos ahora que con nuestra mejor alternativa a un acuerdo negociado.
- Evaluar si hemos mejorado nuestra relación con la otra parte o si serán más fáciles otros futuros acuerdos con esas personas.
- Contestar a la pregunta clave «¿cuánto he aprendido?», incluso en negociaciones que no han terminado con éxito. Si la respuesta es positiva, hemos tenido éxito en nuestro objetivo de ser mejores negociadores. ■



**Luis G. Pareras** es médico gerente de MediTecnología-Área de Incubación de Proyectos Empresariales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Para contactar: [www.healthonomics.com](http://www.healthonomics.com). E-mail: [lluis.pareras@comb.es](mailto:lluis.pareras@comb.es)

### EXPOSICIONES

## Impresionismo y aire libre. De Corot a Van Gogh

El museo Thyssen Bornemisza albergará en sus salas una nueva exposición compuesta por 113 obras de pintores impresionistas del 5 de febrero al 12 de mayo. Con ella pretende introducir al espectador en la problemática de la pintura al óleo al aire libre, práctica artística que alcanzó su máxima expresión con el impresionismo, pero cuyos orígenes se remontan casi un siglo atrás.



En la muestra se cuenta la evolución de este técnica pictórica a través de siete salas dedicadas a la pintura al aire libre. Dichas salas temáticas reúnen escuelas artísticas y estilos distintos para mostrar la continuidad de la tradición de la pintura al aire libre y sus cambios a lo largo de los años.

El visitante podrá disfrutar de obras de Monet, Sisley, Renoir, Bazille y Cézanne, entre otros pintores de la época.

### CINE

## Hitchcock

El 1 de febrero se estrenará Hitchcock en la gran pantalla, un pequeño homenaje al gran maestro del cine de suspense. En esta ocasión, la trama gira alrededor de la fascinante y compleja historia de amor que tiene con su esposa, Alma Reville, colaboradora en la realización cinematográfica de sus películas. La película ha querido reflejar el talento y coraje que ella aportó al artista, pese a haberse mantenido en un discreto segundo plano toda la vida.



Bajo las órdenes de Sacha Gervasi, Anthony Hopkins y Helen Mirren se meten en la piel de Alfred Hitchcock y Alma Reville para dar rienda suelta a un creativo romance que gira en torno a la grabación de *Psicosis*, el filme más controvertido y famoso del director por el que nadie apostaba ni un céntimo.

### FOTOGRAFÍA

## Manuel Álvarez Bravo

Desde el 12 de febrero hasta el 19 de mayo la Fundación Mapfre de Madrid exhibirá las fotografías del autor mejicano Manuel Álvarez Bravo, uno de los principales fundadores de la fotografía moderna en México.



En la muestra podrán verse las fotografías más emblemáticas que han distinguido su trabajo; obras inéditas y experimentales procedentes de su archivo: clichés en color y Polaroid; tomas cinematográficas experimentales de la década de 1960; y una serie de sus iconográficos desnudos de jóvenes indígenas.

La exposición está organizada en ocho grupos temáticos con una selección de 152 fotografías y cinco proyecciones cinematográficas experimentales inéditas (en formato 8 mm y súper 8) que muestran su trabajo filmico y evidencian su relación con el cine durante más de cincuenta años. También se muestran algunos documentos como sus blocs de notas, programas de trabajo o correspondencia que mantuvo con personalidades como Henri Cartier-Bresson, Alfred Stieglitz o Edward Steichen.

### MÚSICA

## “Mitad y mitad” Hendrix inédito

Cuarenta y dos años después de la muerte de Jimi Hendrix saldrá a la luz el próximo mes de marzo un trabajo inédito suyo perteneciente a una serie de grabaciones de estudio tituladas People, Hell & Angels. En ellas se podrá escuchar al cantante experimentando con te-



clados, percusión y una segunda guitarra. Las canciones fueron grabadas entre 1968 y 1970 y estaban destinadas a formar parte de *The New Rising Sun*, la continuación de *Electric Ladyland*, en la que Hendrix estaba trabajando cuando falleció en 1970. *People, Hell & Angels*, título que fue inventado por Hendrix, revela algunas de las ambiciones en las que trabajaba con nuevos músicos, creando un sonido interesante y fresco para la nueva etapa de su carrera.

Al contrario que otros músicos contemporáneos, como The Beatles o Bob Dylan, Hendrix era dueño de sus canciones y grabaciones originales.

RYDER CUP 2014

# McGinley, sucesor de Olazábal en Escocia

**Defenderá en Gleneagles la victoria conseguida por el equipo europeo en Chicago en septiembre.**

**P**aul McGinley, de 46 años, será en 2014 el capitán europeo de la Ryder Cup y el que defenderá en Gleneagles, Escocia, la victoria conseguida por el español José María Olazábal y sus jugadores en Chicago el pasado septiembre. Pero McGinley no era el único candidato. Con él estaba como principal candidato el escocés Colin Montgomerie, además de Darren Clarke, ganador del Open Championship el pasado mes de julio.

La elección de McGinley, muy apoyado, sobre todo por el número uno del mundo, Rory McIlroy, por Luke Donal y por Grame McDowell, se veía venir desde hace algunos meses. Su inclusión como vicecapitán una vez más, esta vez bajo las órdenes de José María Olazábal, le convertían en un candidato idóneo a suceder en el puesto al guipuzcoano.

McGinley, que ha ganado cuatro torneos en el European Tour y nueve en total, ha disputado tres Ryder

Cup como jugador (2002, 2004 y 2006) ganando las tres, y dos como vicecapitán, en 2010 y en 2012, y en ambas ediciones con sendas victorias también. McGinley es uno de los pocos jugadores que embocó un *putt* para ganar esta competición. Fue en 2002, en Belfry, cuando tenía un *putt* de unos cuatro metros para conseguir el triunfo en el partido que jugó con Jim Furyk y que, finalmente, dio la victoria al combinado europeo. Con su nominación McGinley sucede en el cargo al que ya es considerado como uno de los mejores capitanes de esta competición, el guipuzcoano José María Olazábal.

McGinley se tendrá que ver las caras en Gleneagles con Tom Watson que, sin duda, intentará devolver a Estados Unidos una copa que no tienen desde hace mucho tiempo. “La verdad es que sentía el apoyo de los jugadores”, aseguraba McGinley. “Me creo fuerte para



McGinley será el primer irlandés al frente del equipo europeo.

ser capitán, pero también sabía que cuanto más hablara sobre esto estas últimas semanas menos posibilidades tendría de ser elegido”. Y añadió: “Mis posibilidades han ido estas últimas semanas como un yo-yo, de arriba abajo y de abajo arriba. He leído y seguido todo lo que se decía, pero estoy seguro de que podré hacer bien mi trabajo. Tengo bastante experiencia en la Ryder, en el Seve Trophy y en los Vivendi Trophy, así que ahora me pondré a trabajar con todos los jugadores, sobre todo con los que también me han mostrado su apoyo estos últimos días”.

## Watson, rival de McGinley: “Estoy cansado de perder”

**A** sí de claro habló el nuevo capitán norteamericano de la Ryder Cup, Tom Watson, en la rueda de prensa posterior a su anuncio de ser el nuevo capitán norteamericano que realizó en el Empire State Building de Nueva York. Watson, además de mostrarse “emocionado” por volver a vivir la Ryder tan de cerca, dijo, entre otras cosas: “Estoy cansado de ver perder a mi equipo en la Ryder”. Pero su papel no va a ser fácil. El equipo europeo

ha ganado todas las ediciones desde 1995 con la única excepción de 1999 y 2008, cuando Watson fue también capitán del equipo. “Siempre he aprendido a jugar para ganar y la realidad es que odio perder. Soy consciente de la diferencia de edad que tendré con los jugadores del equipo. En 2014 tendré 65 años, pero no hay problema en eso. Todos nosotros jugamos al mismo juego y eso es lo más importante”, dijo el nuevo capitán. Watson aseguró en su

comparecencia: “Voy a preparar muy bien el escenario para los actores [refiriéndose a su equipo]. Los europeos han hecho un trabajo magistral a la hora de armar unos grandes equipos que siempre han contado con una motivación extra”. Watson afirmó también: “Quiero hacer mi nuevo trabajo con estilo, de la manera que se practica este juego” y aseguró que para ganar un torneo como la Ryder Cup “hay que jugar mucho mejor”.

# novedades

ÚLTIMAS TENDENCIAS

market place

## Alegra, nueva gama de turbinas y contra-ángulos de W&H

Las turbinas y contra-ángulos Alegra con luz led para sillones dentales, con y sin luz, permiten trabajar con luz de calidad natural con 10 veces más vida útil que la luz halógena convencional del sillón dental, sin necesidad de disponer de una fuente de iluminación propia. Esto es posible gracias al generador integrado que proporciona luz de tecnología led de forma independiente, reduciendo su inversión para trabajar con luz solo a la compra del instrumental.



La nueva gama Alegra, compuesta por contra-ángulos y turbinas, disponibles en versiones con y sin luz, son adaptables a la mayoría de los acoplamientos existentes en el mercado. Destacan por su amplia gama de versiones en las turbinas, los contra-ángulos y piezas de mano con espray, sin espray y espray interno, de diseño robusto y resistente, totalmente esterilizables y termodesinfectables, que además incorporan filtro de agua integrado.

## Nuevo Ceram X, de Dentsply DeTrey

Dentsply DeTrey presenta una versión mejorada del Ceram X, el restaurador nanocerámico utilizado en más de 37 millones de restauraciones en todo el mundo. El nuevo Ceram X presenta unos colores de esmalte con mejor consistencia, lo que optimiza su manejo.



## CleanJoy, pasta profiláctica para la limpieza dental profesional

CleanJoy de Voco es la nueva pasta para la limpieza y el pulido dentales profesionales en tratamientos profilácticos. Sirve para eliminar placas dentales blandas y duras, así como pigmentaciones extrínsecas como las causadas por el té, el café o el tabaco. CleanJoy se utiliza también para la limpieza y el pulido de superficies dentales y obturaciones en el marco de la limpieza dental profesional, se emplea de forma previa a la aplicación de gel blanqueador y después de retirar aparatos ortodónticos, y antes de la cementación definitiva de restauraciones indirectas para eliminar restos del material de fijación provisional.



Está disponible en tres intensidades de limpieza, de modo que permite adaptarse a la situación individual del paciente según la intensidad de la placa dental. Es fácil de usar y puede utilizarse en combinación con todas las copas y los cepillos convencionales.

## Ortodoncia invisible Alineadent

Gracias a su técnica mejorada y a la calidad en sus resultados, Alineadent se convirtió en 2012 en un sistema español de ortodoncia invisible de referencia. Su predictibilidad y visionado del tratamiento en 3D hacen posible que tanto el doctor como el paciente puedan observar el estado final de su boca antes de que comience el tratamiento. Por otra parte, su ventaja estética y reducción del tiempo de tratamiento posiciona Alineadent como la mejor opción frente a la ortodoncia tradicional.

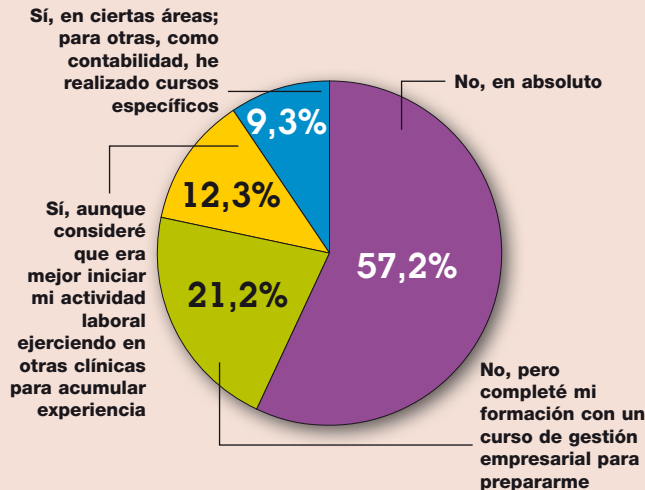


Además, se sitúa como la alternativa más económica del mercado gracias a su procedencia española, que reduce todavía más los costes, y gracias a la personalización del tratamiento, ya que el paciente pagará únicamente los alineadores que necesite.

Puede colaborar activamente en la elaboración de *Dental Practice* participando en nuestras encuestas on-line y debatiendo los temas más candentes de la profesión odontológica.

Contribuya con sus respuestas a difundir y reflejar la realidad práctica de la medicina dental en España. Entre en [www.dentalpractice.es](http://www.dentalpractice.es) y deje su opinión.

**¿Considera que al finalizar sus estudios estaba preparado para dirigir una clínica dental?**



La última encuesta *Dental Practice* pone de manifiesto que la mayoría de los odontólogos (57,2%) no consideran que al finalizar sus estudios estuvieran preparados para el ejercicio de la práctica clínica; de hecho, un significativo 21,2% recurrió a un curso de gestión empresarial para mejorar su formación antes de trasladarla a la práctica. Entre los que sí piensan que han salido bien preparados de la universidad (21,6%), el 12,3% ha decidido complementar su aprendizaje teórico ejercitando en otras clínicas antes de montar la suya propia, mientras que el 9,3% ha recurrido a cursos específicos para mejorar sus habilidades en áreas concretas.

Las encuestas vía Internet de *Dental Practice* facilitan datos que reflejan la participación de los lectores y, por tanto, no tienen validez estadística.



Suscríbese a las mejores publicaciones periódicas para los profesionales de la salud

**Publicaciones**

Publicación	Precio*		
	Números	Instituciones	Profesional
<input type="radio"/> Gerokomos	4	68€	47€
<input type="radio"/> Medicina y Seguridad del Trabajo	4	120€	80€
<input type="radio"/> Medical Economics	20	140€	113€
<input type="radio"/> JADA - Edición Española	6	97€	65€
<input type="radio"/> Dental Practice	6	90€	55€
<input type="radio"/> El Dentista del siglo XXI	10	110€	80€**
<input type="radio"/> EFC	8	120€	80€

\* Para el precio de suscripción fuera de España consultar con el departamento de suscripciones.  
\*\* Oferta de lanzamiento: 30 €

Nombre y apellidos:  CIF/NIF:   
 Dirección:   
 Población:   
 Provincia:   
 Especialidad:   
 Teléfono:  Fax:  Móvil:   
 E-mail:

**Forma de pago**

- Cheque adjunto n.º:  a nombre de Spanish Publishers Associates Banco/Caja:
- Transferencia a la C/C: 2100 1745 54 0200065096 de Spanish Publishers Associates

**S.P.A.**

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

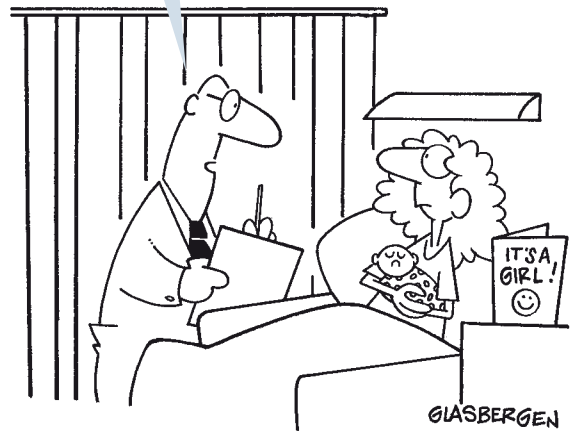
Estrella Tabárez • Dpto. Suscripciones  
Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1º • 28041 MADRID  
Telf.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75  
[suscripciones@drugfarma.com](mailto:suscripciones@drugfarma.com)

De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos de que los datos que nos facilita, necesarios para la correcta gestión de su suscripción a nuestras revistas, serán incluidos en un fichero automatizado de Spanish Publishers Associates, S.L. Vd. tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a Spanish Publishers Associates, S.L., C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid.

“Hace frío”



“No había cordón umbilical.  
Ahora los bebés se conectan  
por bluetooth”



“Este es nuestro nuevo plan de jubilación:  
a los 65 nos divorciamos  
y entonces nos casamos con otros  
que lo hayan planificado mejor”

