DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Spanish Edition

PUBLICADO EN MADRID | www.dental-tribune.com | No. 4, 2014 VOL. 9

Doble felicitación a la Profa. Dra. Elena Barbería Leache

Por DT Spain

Felicitamos a la Profa. Dra. Elena Barbería por su incorporación al Comité Editorial Internacional de la Revista Odontología Pediátrica.

Para ver esta noticia completa, pueden dirigirse a las Newsletter Nº44 de la Editorial Ripano: www.ripano.eu

Esta revista científica indexada puede verla gratuitamente en la sección de Publicaciones online gratis de la página web de Ripano: www.ripano.eu.

Tambien queremos felicitar a la Profa. Dra. Elena Barbería, por la publicación de la segunda edición de su obra «Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos», editada por la Editorial Ripano.

Esta obra consta de más de 330 páginas a todo color y está editada con un tamaño de 28,5x28,5 cm, encuadernación de lujo con tapa dura, a todo color.

Pueden obtener más información de la obra, en la página web de la Editorial Ripano: www.ripano.eu

Nuevas publicaciones del Prof. Dr. Pablo Echarri

Por DT Spain

El Prof. Dr. Pablo Echarri Lobiondo ha publicado su nueva obra «Diagnóstico y Plan de Tratamiento en Ortodoncia», editado por la Editorial Ripano.

Esta obra consta de 557 páginas y está editada en tamaño 21x29,7 cm., encuadernación de lujo con tapa dura, a todo color.

Pueden obtener más información de la obra, en la página web de la Editorial Ripano: www.ripano.eu

Además, el Prof. Dr. Pablo Echarri es el editor en jefe de la revista online «Tribuna books Ripano» que se edita en Castellano e Inglés.

Pueden ver los números de la revista, de forma gratuita, en la sección Publicaciones online gratis de la página web de Ripano: www.ripano.eu.

La Editorial Ripano publica el libro «Problemas bucales en Odontopediatría. Uniendo la evidencia científica a la práctica clínica»

Por DT Spain

La Editorial Ripano publicará próximamente la obra «Problemas bucales en Odontopediatría. Uniendo la evidencia científica a la práctica clínica», cuyos autores principales son:

- Prof. Dr. Marcelo Bönecker.
- Profa. Dra. Jenny Abanto.
- Profa. Dra. Maria Salete Nahás Pires Corrêa.
- Prof. Dr. José Carlos Pettorossi Imparato.
- Prof. Dr. Antonio Carlos Guedes-Pinto.

Además, esta obra cuenta con más de 50 colaboradores de primer nivel mundial, participando con sus conocimientos en los capítulos de la obra.

Esta obra, será presentada en el 17º Congreso Latino-Americano ALOP y 6º Congreso Paulista Apo, que se celebrará en la ciudad de Sao Paulo (Brasil) durante los días 21 al 23 de agosto de 2014.

Para más información: www.ripano.eu

DENTAL TRIBUNE
El periódico dental del mundo
www.dental-tribune.com

Publicado por Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE
Spanish Edition

Director General
Rafael López Gómez:
rafael@dental-tribune.es

Administración
Karina Dávila: **karina@dental-tribune.es**

Diseñador Gráfico
Francisco Soriano: **francisco@dental-tribune.es**

Correctora y Asesora Científica
Profa. Dra. Mary García Santos
dra.garcia-santos@dental-tribune.es

Publicidad
Ripano S.A.: **francisco@dental-tribune.es**

Ripano
EDITORIAL MÉDICA
Editado por Ripano, S.A.
Ronda del Caballero de la Mancha, 135 - 28034 Madrid (España)
Telf. (+34) 913 721 377-Fax: (+34) 913 720 391
www.ripano.eu / www.ripano.es

DENTAL TRIBUNE
Spanish Edition

Edición que se distribuye a todos los odontólogos de España, latinoamericanos y a los profesionales hispanos que ejercen en Estados Unidos.

Dental Tribune Study Club
El club de estudios online de Dental Tribune, avalado con créditos de la ADA-CERP, le ofrece cursos de educación continua de alta calidad. Inscríbase gratuitamente en www.dtstudyclubspanish.com para recibir avisos y consulte nuestro calendario.

DT International
Licensing by Dental Tribune International

Group Editor: Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
+49 341 48 474 107
Clinical Editor Magda Wojtkiewicz
Online Editors Yvonne Bachmann
Claudia Duschek
Copy Editors Sabrina Raaff
Hans Motschmann

Publisher/President/CEO Torsten Oemus
Director of Finance Dan Wunderlich
Business Development Claudia Salwiczek
Event Manager Esther Wodarski
Media Sales Managers
Matthias Diessner (*Key Accounts*)
Melissa Brown (*International*)
Peter Witteczek (*Asia Pacific*)
Maria Kaiser (*North America*)
Weridiana Mageswki (*Latin America*)
Hélène Carpentier (*Europe*)
Marketing & Sales Services Nadine Dehmel
Nicole Andrä
Accounting Karen Hamatschek
Executive Producer Gernot Meyer

Dental Tribune International
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 *173*
www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com

Regional Offices
ASIA PACIFIC
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 105–111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 |Fax +8523113 6199

THE AMERICAS
Tribune America, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

La información publicada por Dental Tribune International intenta ser lo más exacta posible. Sin embargo, la editorial no es responsable por las afirmaciones de los fabricantes, nombres de productos, declaraciones de los anunciantes, ni errores tipográficos. Las opiniones expresadas por los colaboradores no reflejan necesariamente las de Dental Tribune International.
©2014 Dental Tribune International.
All rights reserved.

Editorial: Me lo decían mis mayores…

Prof. Dr. Juan Carlos Prados Frutos

Muchas veces recuerdo aquellos años, hace ya demasiados quizá, en que siendo un jóven estudiante de segundo curso de Medicina tuve el privilegio de comenzar a colaborar en un departamento universitario por las tardes, en fines de semana y en verano, en calidad de aquella figura, hoy extinguida, denominada "alumno interno". Allí conocí la esencia de la Universidad y me enamoré de ella. Allí conocí a Maestros, sí con mayúscula, y me enamoré de su mensaje y de su coherencia. Con los años conocí los oscuros pasadizos que a veces existen en el camino de la Universidad y decidí renunciar a lo que fuera necesario con tal de no recorrerlos, pero siempre desde dentro de mi muy querida Universidad.

Hace ya muchos años entendí que debía abrir nuevas vías en mi vida universitaria y decidí ampliar horizontes fuera de España, una etapa al principio difícil, luego magnífica, ahora irrepetible y siempre añorada. He conocido, vivido y trabajado como médico en zonas de conflictos bélicos y étnicos, allá donde la vida de una persona vale casi lo mismo que el precio de una bala, y también allí había Maestros, no universitarios, pero sí de vida.

Como he dicho, he tenido la suerte de conocer y tratar a grandes Maestros, algunos de manera muy intensa y prolongada, otros de modo más esporádico. En mi recuerdo brillan con letras de oro los nombres de los profesores Orts Llorca, Schüller, Donado, Pexieder y Krstic, y a ellos les debo, en gran medida, lo que hoy soy y lo que intento ser en mi devenir académico, profesional y humano.

Todos ellos me transmitieron, con sus enseñanzas y su ejemplo diario, casi sin quererlo, unos valores muy sólidos, una forma de ser y de estar en la vida basada en pilares inmutables a los que ellos no renunciaron y a los que, humildemente, no pienso tampoco renunciar. Son valores muy simples de definir y muy difíciles de aplicar a la vida personal y a la profesional, pero que si lo conseguimos habremos dado un paso de gigante en el apasionante camino de la vida. ¿Cuáles son esos valores?. La respuesta es casi automática: la lealtad a uno mismo y a los demás, el constante afán de superación, la entrega sin medida a los que lo precisen, la bonhomía, el respeto a los demás y la honestidad.

Qué fácil es decirlo y, a veces, qué difícil resulta practicarlo. Pienso que lo anterior debe constituirse en una guía a seguir a lo largo de nuestras vidas y que debe materializarse en las pequeñas cosas de nuestra cotidianidad, y es ahí precisamente como entroncamos con nuestra profesión y con el objetivo de esta revista.

Me preocupa de manera muy especial la situación actual de nuestros jóvenes dentistas abocados a un mundo profesional marcado por la plétora, la dificultad para encontrar un trabajo gratificante y estimulante, un futuro incierto y, donde, antes o después es fácil que el desánimo acampe en sus corazones.

Es a estos jóvenes dentistas, y ojalá que también sea escuchado por lo no tan jóvenes, a quienes va preferentemente dirigido mi discurso. A ellos les digo que no decaigan, que no se dejen arrastrar por el mercantilismo, que no renuncien a sus criterios propios pero que sepan abrirse al de los demás, que tengan la plena seguridad que viviendo los valores de lealtad al paciente y a la profesión, de constante superación, de respeto y honestidad, siempre podrán conseguir la anhelada meta que tanto se merecen porque tanto han luchado por ella.

Para alcanzar un objetivo no todo vale, porque si el mismo no se consigue con esfuerzo, respeto y honestidad, lo que se habrá alcanzado tendrá los pies de barro y, antes o después, no lo duden, se derrumbará. Apuesten por el valor de las cosas bien hechas como fin en sí mismo, disfruten con su trabajo de cada día, no se dejen persuadir por cantos de sirena mercantilistas y, por favor se lo pido, sean honestos consigo mismos y con sus pacientes.

A lo largo de mi vida he intentado aplicar aquello que uno de mis mayores, uno de mis Maestros, me escribió como dedicatoria al regalarme un ejemplar su Tesis Doctoral. Decía así: " a Juan Carlos, para que persista en el camino iniciado ya que de una línea recta y limpia siempre se obtiene fruto".

Quien lo escribió fue un Maestro y yo simplemente soy un profesor universitario que os invita a que sigáis en vuestra vida esa misma máxima que a mí tanto me ha ayudado.

Qué razón tenían mis mayores…

Prof. Dr. Juan Carlos Prados Frutos

Profesor Titular de Cirugía Bucal de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid
Director del Máster de Cirugía Buca e Implantología.
Director del Departamento de Estomatología.
e-mail: juancarlos.prados@urjc.es

Relación entre corticoides y bifosfonatos. Estudio descriptivo de estos medicamentos en una muestra poblacional

Por García Ávila Irene, Hernández Montero Sofía, Velasco Bohórquez Pilar, Lorrio Castro JM, Casado Estebaranz Raúl, Pardo Muzas Laura

Dra. Irene García Avila

Profesora de la Universidad Alfonso X el Sabio.

Dra. Sofia Hernández Montero

Profesora de la Universidad Alfonso X el Sabio

Dra. Pilar Velasco Bohórquez

Profesora de la Universidad Alfonso X el Sabio

INTRODUCCIÓN

Los glucocorticoides son un grupo de fármacos que se utilizan en diversas patologías, tanto por su efecto antiinflamatorio como por su efecto inmunosupresor (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, coadyuvante antineoplásico, entre otros). Se han descrito una serie de efectos adversos relacionados tras su consumo, entre ellos la osteoporosis, y el aumento de riesgo de infección (1, 2).

Tienen un efecto catabólico sobre el tejido óseo a dosis altas: por un lado producen inhibición de la actividad osteoblástica mediante la inhibición de la síntesis del factor de crecimiento análogo a la insulina (IGF-I), suprimen directamente las proteínas mofogenéticas (BMP-2) y el Cbfa1 como precursor o marcador de diferenciación de las células osteoblásticas (factores importantes de la osteoblastogénesis), quedando por tanto inhibida la producción, proliferación y maduración de los osteoblastos (2). Por otro lado producen una estimulación de la actividad osteoclástica: produciendo disminución de la absorción intestinal de calcio y vitamina D lo que ocasiona un hiperparatiroidismo secundario (3), por lo que queda aumentado el RANKL, y en consecuencia su unión a RANK; y esto conlleva un incremento de la diferenciación osteoclástica y por consiguiente la estimulación de la reabsorción ósea. Además hay referencias sobre la actuación negativa que tienen los glucocorticoides sobre la OPG (osteoprogeterina, proteína sintetizada por los osteoblastos y pre- osteoblastos). Asimismo, los efectos del RANKL tanto in vivo, como in vitro son inhibidos por la osteoprotegerina (4, 5, 6, 7). Los glucocorticoides al producir una disminución de la OPG, aumenta el RANKL produciendo por lo tanto nuevamente unos efectos positivos sobre la actividad osteoclástica (8). Así pues, el déficit de la función osteoblástica y el incremento de la función osteoclástica, se traduce en un efecto negativo sobre el hueso. En consecuencia, hay un descenso de la densidad mineral ósea (DMO) (2).

La organización mundial de la salud (1994) estipuló los criterios para clasificar la osteoporosis según valores de DMO (Densidad Mineral Ósea) (9).

Se habla de que incluso conlleva a una pérdida del 20% de la DMO entre los primeros 6-12 meses tras el tratamiento con corticoides (osteoporosis glucocorticoidea) (1).

La osteoporosis secundaria al uso de glucocorticoides es muy importante por su elevada frecuencia y gravedad (10). Se estima que más del 1,5% de mujeres mayores de 55 años toma glucocorticoides (2, 11). La pérdida ósea secundaria a estos fármacos se produce de forma rápida durante los primeros 3-6 meses, enlenteciéndose posteriormente. Además consideran que el uso de 7,5 mg/día de prednisona o una dosis superior, así como dosis equivalentes de otros glucocorticoides, durante 6 meses o más se considera nocivo para el hueso, aumentando el riesgo de osteoporosis y fracturas por fragilidad. Es obligatorio utilizar siempre la dosis de glucocorticoides más baja posible durante el mínimo tiempo necesario y, cuando se prevea una dosis elevada y/o un tratamiento prolongado, se debe realizar una valoración del riesgo y un tratamiento preventivo (11, 12).

Es importante considerar además, el efecto del déficit estrogénico que ocurre en mujeres tras la menopausia (osteoporosis postmenopaúsica), produciendo un mayor defecto en la DMO y un incremento de riesgo de fractura (12, 13, 14).

Existe una serie de medidas no farmacológicas para prevenir estas fracturas osteoporóticas. Para ello se aconseja la realización de ejercicio físico moderado (evitar el sedentarismo), eliminación de tóxicos (tabaco, alcohol), dieta adecuada (calcio y vitamina D, ingesta de proteinas), exposición solar moderada y evitar las caídas de ancianos y discapacitados (14, 15, 16). Cuando el riesgo de fractura es alto se debe de tratar con fármacos (17, 18). Los más empleados son aquellos que tienen efectos antiresortivos; entre ellos los bifosfonatos. La eficacia de estos fármacos antiresortivos radica en el incremento de la DMO y el descenso de la actividad osteoclástica y de la reabsorción ósea. Tienen distinta eficacia según el tipo de bifosfonato que se emplee (18, 19, 20). El principio activo más utilizado en la osteoporosis postmenopaúsica es el alendronato. Se ha comprobado su eficacia tanto para la reducción de fracturas vertebrales (en un 47%), como las de muñeca (reducción de hasta el 48%), como las de cadera (redución del 51%); siendo el estudio más representativo el estudio FIT (Fracture Intervention Trial) (16, 21). Los bifosfonatos más eficaces en la osteoporosis glucocorticoidea son el alendronato, risedronato (estudio VERT) y zoledronato (estudio HORIZON) (21).

Algunos autores como Gutierrez-Polo (2), Díaz-Curiel (22), Quiles (15), hablan de evaluar a los pacientes para conocer el riesgo clínico de fractura, tales como edad, antecedentes familiares de fractura, antecedente personal de fractura periférica después de los 50 años, fractura vertebral previa e índice de masa corporal igual o menor a 19. El calcio (dosis de 1200 a 1500 mgr/día) y vitamina D (800UI/día) reducen tanto fracturas osteoporóticas tanto vertebrales como no vertebrales en un 26%, incrementando la DMO entre un 1,9% a un 3,8% (23). Los fármacos antiresortivos (bifosfonatos) tienen mayor eficacia antifractura e incrementa la DMO entre un 3,8% a un 5,4%. Se aconseja tratar con estos fármacos a los siguientes pacientes que reciben corticoides (3, 23):

a) Mujeres postmenopaúsicas que vayan a recibir o estén recibiendo más de 5 mgr/ día durante más de 3 meses, o pacientes postmenopaúsicas con DMO inferior a T -1,5 y que vayan a recibir o estén recibiendo 2,5 mgr/día durante más de 3 meses.
b) Mujeres pre-menopaúsicas o varones que vayan a recibir o estén recibiendo una dosis de más de 7,5 mgr/día durante más de 3 meses o aquellos con una DMO inferior a T-1,5 y que vayan a recibir o estén recibiendo 5 mgr/día durante más de 3 meses.

Por otro lado hay que evaluar a pacientes que lleven más de 5 años tomando bifosfonatos y que además tomen otros medicamentos como los corticoides por la aparición de fracturas atípicas (24, 25, 26, 27). Esto se explicaría por la interrupción del ciclo homeostático, como por la interrupción de la reabsorción ósea y disminución del recambio óseo; resulta un acúmulo de osteocitos no vitales y microfracturas de la matriz ósea mineralizada (21). Se produce 1 de cada 1000 pacientes. Marx, en 2003 relaciona otro efecto adverso por la ingesta de estos fármacos a nivel de cabeza y cuello, la Osteonecrosis Maxilar (28). La AAOMS define Osteonecrosis Maxilar (ONM) cuando reune tres requisitos (29, 30): 1) uso actual o previo de un bifosfonato; 2) presencia de hueso expuesto o necrótico en la región maxilofacial que ha persistido durante 8 semanas; 3) y en ausencia de radioterapia de los maxilares.

En pacientes oncológicos a veces se utilizan ambos medicamentos como terapia concomitante (31, 32, 33). Los corticoides se emplean para disminuir la compresión medular o la inflamación causada por ciertos tumores, y los bifosfonatos se usan tanto para disminuir el dolor óseo como para retrasar la primera aparición de evento óseo, así como para bajar su incidencia (21). El mecanismo por el que produce un efecto analgésico esto fármacos análogos sintéticos del pirofosfato natural es desconocido; si bien se le relaciona por la cualidad que tienen estos de disminuir la actividad osteoclástica (34, 35). Además ambos medicamentos se pueden utilizar para el tratamiento de las hipercalcemias (36, 37).

OBJETIVOS

1. Estudiar los pacientes que toman corticoides en la población general.
2. Analizar los pacientes que toman corticoides y bifosfonatos.
3. Relacionar ambos medicamentos y establecer si se puede considerar como factor de riesgo para el desarrollo de osteonecrosis maxilar en nuestra muestra poblacional.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestro trabajo es un estudio observacional descriptivo de pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Silvano de Madrid para realizarle un acto quirúrgico consistente en la exodoncia dentaria, en un periodo comprendido entre enero de 2010 y junio de 2012. Se incluyeron un total de 905 pacientes, de los que 58 estaban tomando bifosfonatos y 25 pacientes tomaban corticoides. Las variables que se valoraron en el paciente son: sexo, edad, patología sistémica, medicación relacionada, bifosfonatos,

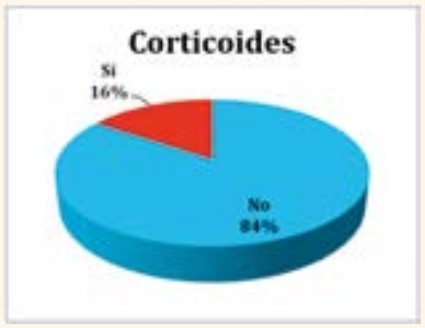

Gráfico 1. *Frecuencia de la toma de corticoides en la población que toma bifosfonatos.*

		BIFOSFONATOS ORALES				
		NO		SI		Total
		N	%	N	%	
CORTICOIDES	NO	823	98,1%	49	84,8%	872
	SI	16	1,9%	9	15,5%	25
	Total	839	100,00%	58	100,00%	897

N= número de pacientes.

Tabla 1. *Comparativa de la población que recibe corticoterapia con los que además toman bifosfonatos versus resto de la población general.*

	Osteonecrosis Maxilar		
Corticoides	Sí	No	Total
Sí	1	8	9
No	1	48	49
Total	2	56	58

Tabla 2. *Corticoterapia y osteonecrosis maxilar asociada al uso de bifosfonatos.*

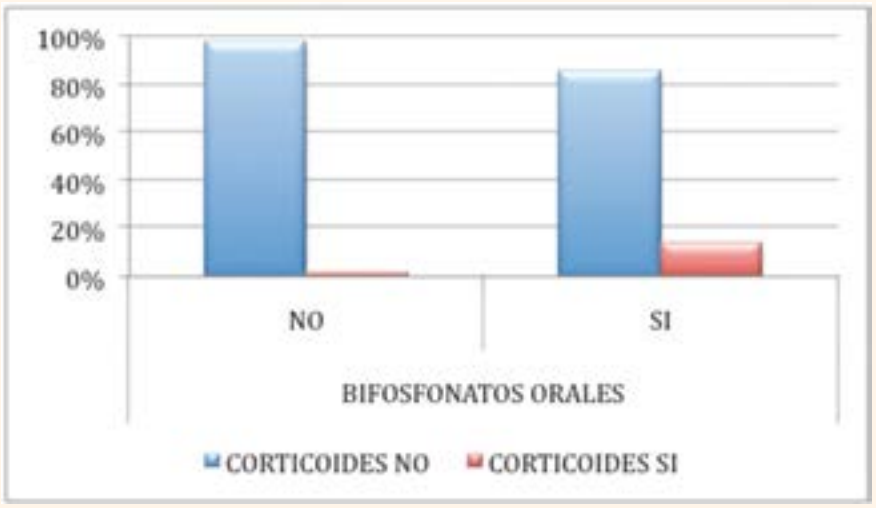

Gráfico 2. *Corticoterapia y bifosfonatos.*

corticoterapia y osteonecrosis maxilar.

RESULTADOS

El 1,91% de la población general toma corticoides. Dentro de la población que toma bifosfonatos, el 15,52% tiene corticoterapia asociada (**gráfico 1**).

Hay relación estadísticamente significativa entre ambos medicamentos, (X^2 (1) = 37,090, p < 0,001). La relación se produce porque entre los que toman bifosfonatos la proporción de pacientes que si toma corticoides es mayor que entre los que no toman bifosfonatos (**tabla 1 y gráfico 2**).

Así, la Chi cuadrado de Pearson nos muestra como hay una relación estadísticamente entre ambos fármacos, sin que la toma de corticoides incremente el riesgo de padecer osteonecrosis maxilar en nuestra muestra poblacional con bifosfonatos (**tabla 2**).

Los resultados muestran una odds ratio = 6,857, con límite inferior = 0,384 y límite superior = 122,523 (95% de confianza), con lo que no tenemos un riesgo significativo más alto de padecer osteonecrosis maxilar entre los que toman y no toman corticoides en nuestra muestra poblacional (**tabla 2**).

DISCUSIÓN

Walsh, Wong y colaboradores ya en 1996, publican en el British Medical Journal que la población mayor de 55 años toman corticoides en unos porcentajes de más del 1,5%, datos concordantes a los encontrados en nuestro estudio tras el análisis de la muestra poblacional general (11).

Se ha considerado en la revisión de la literatura la asociación de las terapias con corticoides y bifosfonatos como un factor de riesgo para la ONM y así lo establece la AAOMS (17, 33, 38). En la tabla 1 se muestra que frente a un 84,8% de los pacientes que no reciben corticoterapia el 15,5% sí lleva asociado esta combinación farmacológica entre la población que toma bifosfonatos; mientras que en la población general el porcentaje de pacientes que toman corticoides es del 1,91%.

No obstante dado la poca casuística de nuestro estudio, no podemos considerarlo como factor de riesgo (**tabla 2**) ya que, de los dos casos de osteonecrosis de los maxilares registradas en nuestro estudio, en el primero de ellos, el paciente no estaba en tratamiento con corticoides y llevaba menos de 3 años tomando Fosavance® (por fractura pélvica por osteoporosis), aparte de la edad avanzada y la toma de bifosfonato y no se consideraba intervención de riesgo para cursar ONM. Tomó previamente amoxicilina de 500mgr durante 7 días.

En el segundo caso, el paciente si tomaba corticoides (Dacortin®) y llevaba más de 9 años en tratamiento con bifosfonatos mayoritariamente Actonel®, además presentaba patología inflamatoria dental y osteoporosis, por lo que tenía factores para desarrollar ONM por lo que a pesar de la propuesta como medida preventiva la discontinuidad del bifosfonato según lo indicado en las diferentes guías clínicas unos meses antes de las intervenciones quirúrgicas orales (39, 40), no fue considerado por los prescriptores. Tomó antibiótico azitromicina de 500 mgr durante 3 días previo a la exodoncias dentarias.

En un estudio reciente publicado por Margaix-Muñoz y Bagán en enero de 2014 (41), la terapia coadyuvante antineoplásica como los corticoides o la talidomida, no incrementa ni el tamaño de las lesiones, ni el número de osteonecrosis maxilar por bifosfonatos.

CONCLUSIÓN

Cuando tenemos un paciente bajo terapia con bifosfonatos se hace imprescindible sospechar que pueda también estar en tratamiento corticoideo y por ello, y ante intervenciones quirúrgicas orales, entre otros tratamientos, recordar que su sistema inmune pudiera estar alterado.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conficto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bohórquez Heras C, Movasat Hajkhan A, Cuende E, Pérez Gómez A. Protocolo de seguimiento del tratamiento inmunosupresor en pacientes con enfermedades autoinmunes. Medicine 2013; 11(33):2056-60.

2. Gutierrez-Polo. Osteoporosis inducida por glucocorticoides. An.Sist.Sanit.Navar. 2003; 26 (3): 63-80.

3. Sosa Henríquez M, Díaz-Curiel M, Díez-Pérez A, Gómez Alonso C, González Macías J, Farrerons Minguella J y colaboradores. Guía de prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev. Clin. Esp. 2008; 208(1): 33-45.

4. Riancho JA, Gutiérrez Glori E. Factores Reguladores de la Resorción Ósea. Rev Metab Óseo Min 2003; 1(2):51-56.

5. Lacey DL, Timms E, Tan HL, Kelley MJ, Dunstan CR, Burguess TL et al. Osteoprotegerin ligand? That regulates osteoclasts differentiation and activation. Cell 1998; 93:165-76.

6. Ferrer Cañabate J, Tovar I, Martínez P. Osteoprogeterina y Sistema RANKL/RANK: ¿el futuro del metabolismo óseo? An. Med. Interna. Madrid. 2002; Vol. 19 Nº 8.

7. Khosla S. The OPG/RANKL/RANK System. Endocrinology 2001; 142:5050 -5.

8. Castiñeira Pérez C, Costa Ribas C, Louro González A. Guía Clínica de Osteoporosis. Atención Primaria en la red. 2012. http://www.fisterra.com/guias-clinicas/osteoporosis/

9. National Institute of Healht. Consensus Development Conference Statement: Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. Bethesda, Md, National Institute of Health; 2000:1-29.

10. Díaz-Curiel M, Moro Álvarez M.J. Otras formas de osteoporosis: osteoporosis masculina. Osteoporosis corticoidea. Osteoporosis asociada al trasplante de órganos. Medicine 2006; 9(60):3885-3891.

11. Walsh LJ, Wong CA, Pringle M, Tattersfield AE. Use of oral corticosteroids in the community and the prevention of secondary osteoporosis: a crossectional study. BMJ 1996; 313: 344 - 6.

12. Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Comité de Expertos de la SEIOMM. Documentos Especiales/ Rev.Osteoporosis Metab. Miner. 2009 1; 1:53-60.

13. Hawkins F, Martínez Díaz Guerra G, Guadalix S. Protocolo diagnóstico de la osteoporosis. Medicine 2012; 11 (16):989-93.

14. Del Pino Montes J. Tratamiento de la osteopenia y de la osteoporosis. Medicine 2011; 10(92): 6221-9.

15. Quiles JL. Consejos y cuidados nutricionales en el climaterio. Alim Nutri Salud. 2000; 7(2):37-50.

16. Sosa Henríquez M, Gómez de Tejada Romero M.J. La medicina basada en la evidencia y los fármacos aprobados para el tratamiento de la osteoporosis. Papel del calcio y la vitamina D. Rev. Clin. Esp. 2009; 209(1):25-36.

17. Liberman UA, Weiss SR, Broll J, Minne HW, Quan H, Bell NH, Rodriguez-Por-

tales J, Downs RW, Dequeker J, Favus M. Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. The Alendronate Phase III Osteoporosis Treatment Study Group. N Engl J Med. 1995; 333:1437-43.

18. Black DM, Cummings SR, Karpf DB, Cauley JA, Thompson DE, Nevitt MC, Bauer DC, Genant HK, Haskell WL, Marcus R, Ott SM, Torner JC, Quandt SA, Reiss TF, Ensrud KE. Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. Fracture Intervention Trial Research Group. Lancet. 1996: 1535-41.

19. Harris ST, Watts NB, Genant HK et al. Effects of risedronate treatment on vertebral and non-vertebral fractures in women with postmenopauesel osteoporosis: a randomised controlled trial. JAMA 1999; 282: 1344-52.

20. Reginster JY, Minnie HW, Sorensen OH, et al. Randomised trial of the effects of risedronate on vertebral fractures in women with estabilished postmenopausal osteoporosis. Osteoporos Int 2000; 11:83-9.

21. Bagán JV. La osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos. Valencia. Medicina oral SL. 2008:1-110.

22. Díaz -Curiel M, Turbí C, Rapado A, García J. Prevalencia de osteopenia y osteoporosis densitométrica en la población masculina española. Rev Esp Enf Metab Óseas 1997; 6: 129-32.

23. Machado-Alba J, Alzate-Carvajal V, Mondragón-Cardona A, Jiménez-Canizales C. Baja frecuencia de prescripción de profilaxis para osteoporosis en pacientes en tratamiento crónico con corticoides en Colombia. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(1):26-30.

24. Méndez Gil A, Prat Fabregat S, Domingo Trepat A, Navarro López M, Camacho Carrasco P, Carreño Delgado A, Zumbado Dijeres J.A, García Elvira R, Ríos Martín M, et al. ¿Qué sabemos de las fracturas atípicas en los pacientes en tratamiento con bifosfonatos? Revisión bibliográfica a raiz de una serie de casos. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológia. Marzo-Abril 2013 .Vol 57, Issue 2: 95-105.

25. Ott SM, J Clin Endocrinol Metab 2005; 90:1897-99.

26. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota Informativa sobre bifosfonatos y riesgo de fracturas atípicas de fémur. Ref: MUH(FV) 04/ 2011.

27. Park Wyllie LY, et al. Bisphosphonate Use and the Risk of Subtrochanteric or Femoral Shaft Fractures in Older Women. JAMA. 2011; 305; 783-9.

28. Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg 2003; 61: 1115-8.

29. American Dental Association Council on Scientific Affairs. Expert panel recommendations: dental management of patients receiving oral bisphosphonate therapy. J Am Dental Assoc 2006; 137:1144-50.

30. Bagán Sebastián JV, Margaix M, Sarrión Pérez G, Marzal Gamarra C, Silvestre Sangil J. Cuadro clínico y diagnóstico de la osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos. Med Oral Pat Oral Cir Bucal 2006; 11: 396-400.

31. Homik J, Cranney A, Shea B, Tugwell P, Wells G, Adachi R, Suarez-Almazor M. Bifosfonatos para el tratamiento de la osteoporosis inducida por corticoides. En: La Biblioteca Cochrane Plus.2008. número 4. Disponible en: http://www.update-software.com.

32. Pedrera Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García M, Postigo Mota S, Durán Gómez N. Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. Rev. Esp. de Salud Pública v.73 n.6 Madrid nov./dic.1999.

33. Fitzpatrick S, Stavropoulos M, Bowers L, Neuman A, Hinkson D, Green J, Bhattacharyya et al. Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of Jaws in 3 Osteoporotic Patients With History of Oral Bisphosphonate Use Treated With Single Yearly Zoledronic Acid Infusion. J Oral Maxillofac Surgery 70: 325-330, 2012.

34. Prieto Ríos B, Navarro Expósito F, Molina Villaverde R, Álvarez-Mon Soto. Tratamiento del dolor oncológico. Protocolos de práctica asistencial. Medicine, 2009; 10(24):1629-33.

35. Sánchez Domínguez F. Protocolo terapeútico farmacológico del dolor en el paciente oncológico. Protocolos de práctica asistencial. Medicine 2005; 9 (26):1726-1731.

36. Sánchez Windt R, Martínez Díaz-Guerra G. Tratamiento de las urgencias del metabolismo fosfocálcico. Medicine 2012; 11(16): 971-5.

37. Hawkins González G, López Álvarez B, Hawkins F. Protocolo terapéutico de la hipercalcemia. Medicine 2012; 11(16) 976-80.

38. Takumi Hasegawa, Shinshou Ri, Masahiro Umeda et. Cols. The observational study of delayed wound healing after tooth extraction in patients receiving oral bisphosphonate therapy. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 41(2013)558-563.

39. Edwards BJ, Hellstein JW, Jacobsen PL, Katlman S, Mariotti A, Migliorati CA, Updated recommendations for managing the care of patients receiving oral bisphosphonate therapy : an advisory statement from the American Dental Asociation Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc 2008; 139:1674-7.

40. Magopoulos C, Karakinaris G, Telioudis Z, Vahtsevanos K, DimitrakopoulosI, Antoniadis K. Osteonecrosis of the jaws due to bisphosphonate use. A review of 60 cases and treatment proposals. Am J Otolaryngol 2007; 28:158-63.

41. Margaix-Muñoz M, Bagán J, Poveda-Roda R. La osteonecrosis maxilar por bifosfonatos intravenosos: Influencia de los tratamientos antineoplásicos coadyuvantes y estudio del estado bucodental. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014; 19(Ed. esp):8-14.

Odontología emocionalmente inteligente

Por Pedro Morchón Camino

Pedro Morchón Camino

Socio Director de EyCO (www.exitoycoaching.com), empresa de formación en liderazgo y coaching con PNL ejecutivo, personal, educativo y salud. Ldo. en C. Químicas (Oviedo y Padua-Italia) con estudios de doctorado en Química Médica (Cardiff-Reino Unido). Coach ejecutivo certificado por AECOP y diplomado en Programación Neurolingüística por la Asociación española de PNL. Recibió formación en las principales universidades norteamericanas en liderazgo (Harvard, Vanderbilt).

INTRODUCCIÓN

Recientemente, ha sido objeto de intenso estudio la influencia del entorno emocional del paciente en la prevención y curación de enfermedades. En odontología, debido a los imperativos institucionales y por falta de tiempo ocurre con frecuencia que el dentista desaprovecha la oportunidad de llevar a cabo una intervención emocional adecuada con el paciente, lo cual puede tener repercusiones negativas en la actitud del mismo para con el tratamiento y el diagnóstico. El prestigioso Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) impulsa la necesidad de un nuevo modelo médico más holístico y ha especificado que la educación médica graduada debe ser agrupada en las siguientes competencias: cuidado del paciente, conocimiento médico, aprendizaje basado en la práctica, destrezas interpersonales y de comunicación, profesionalismo y práctica basada en el sistema. Esta aseveración entronca con el contenido de este artículo que persigue enriquecer la comprensión de una intervención odontológica exitosa a nivel emocional en las clínicas dentales. Por otro lado según la educación actual, la licenciatura en odontología poco tiene que ver con la gestión de personas. Creemos que el dentista debe ser un líder que logre promover la acción de su equipo y saber gestionar el estrés tan presente en esta profesión. Solamente logrando ejercer un liderazgo emocionalmente inteligente, será posible alinear a su grupo de trabajo en la visión de mejorar la salud bucal de las personas.
En resumen, el objeto de este artículo es concretar:

- Las buenas prácticas de intervención emocional del dentista con sus pacientes.
- Un modelo de liderazgo para que el dentista logre movilizar a su grupo de trabajo hacia la consecución de resultados y la optimización del desempeño.

El paradigma que utilizaremos para alcanzar tales resultados está basado en herramientas de coaching, PNL (programación neurolingüística) y la psicología positiva. Las tres metodologías aplicadas en una conveniente sinergia conducen a una intervención emocional más eficaz con el paciente lo que genera un ambiente propicio de colaboración dentista-paciente para abordar su proceso de curación. En este estudio, se ha llevado a cabo una selección de las técnicas de las tres disciplinas que se adaptan al trabajo del odontólogo y las cuales han sido probadas en el desempeño de diferentes dentistas con buenos resultados tanto en el reto de la intervención emocional con el paciente como líderes de sus equipos de trabajo.

¿QUÉ ES EL COACHING?

El coaching es un método que consiste en acompañar a una persona o a un grupo de ellas, con el objetivo de conseguir sus metas. Se trata de una metodología versátil en cuanto a su ámbito de actuación ya que puede ser usado a nivel empresarial, personal, educativo y salud. El trabajo del coach consiste en articular preguntas poderosas, escuchar y empoderar al coachee (persona que recibe el coaching) para ayudarle a reconocer sus fortalezas y a desarrollar las áreas de mejora que necesitan ser potenciadas. Los beneficios que se obtienen a través del coaching es que la persona logra conocer sus prioridades, clarificar sus objetivos y trazar un plan de acción para alcanzarlos en un tiempo determinado. Al lograr conocerse mejor y tomar mayor conciencia de su situación superará las barreras, miedos y bloqueos que le alejan de sus objetivos ya que pasa a conocer sus fuentes de motivación, su potencial y sus áreas de crecimiento.

APLICACIÓN DEL COACHING DE SALUD EN CLÍNICAS DENTALES

La especialidad del Coaching de salud está tomando protagonismo dentro de los centros de salud y hospitales, como una herramienta que favorece la comunicación con los pacientes, el cumplimiento del tratamiento, la mejora en los indicadores de salud y la evolución a largo plazo. Algunas sociedades médicas promotoras del coaching de salud (como la American College of Sports Medicine) y Administraciones de Salud (EEUU, Inglaterra y Australia) han admitido la sostenibilidad derivada de estos procesos, tanto en la consecución de objetivos de salud, como en su coste-efectividad y la evolución de ciertas enfermedades.
Durante las dos últimas décadas, el uso de herramientas de coaching en el plano de la salud se ha revelado como un eficaz paradigma en la interacción médico y paciente de manera que ambos pasan a abordar el diagnóstico y tratamiento conjuntamente. Bajo este prisma, la toma de decisiones pasa a ser compartidas en vez de directivas y centradas en el habitual autoritarismo del profesional de salud. El ejercicio del coaching se sustenta fundamentalmente en dos bastiones: la pregunta y la escucha empática. La formulación de determinadas preguntas (empowerment questions), lleva al paciente a sentirse escuchado y a sentir que el dentista considera su punto de vista lo cual le conduce a una situación de responsabilidad para con su propio tratamiento bucal y la prevención de posibles enfermedades futuras. El paciente carece de conocimientos odontológicos y sus explicaciones acerca de su enfermedad distan a menudo de tecnicismo y precisión alguna. No obstante el dentista que logra adoptar la posición de escuchar a su paciente no juzgando, no interrumpiendo, no prescribiendo, no corrigiendo, fingiendo no saber consigue abrir un espacio de comunicación a partir del cual se generan una confianza y colaboración más eficaces. Además, el paciente conoce su boca y con frecuencia le son familiares los dolores sintomáticos de enfermedades como caries o gingivitis por lo que el dentista que desaprovecha la oportunidad de escuchar a su paciente puede perder información que eventualmente le puede resultar útil a lo largo de su intervención.
Hemos seleccionado casos de éxito en la aplicación del coaching de salud en distintos hospitales en el mundo.
En el Hospital de New York, ha sido desarrollado recientemente un método de intervención emocional basado en el coaching por Martha M. Funnell y Robert M. Anderson con una aplicación directa en una clínica dental. Se basa en que el paciente identifique el problema, determine sus sentimientos y su influencia en la conducta en relación a su enfermedad, que fije una meta a largo plazo. Una vez que estos tres pasos han sido definidos se define un plan de acción para un paso conductual.
La Dra. Mary Funnell (2000) de Michigan University, asevera que el dentista no debería de usar como pauta habitual la recorrida respuesta "Todo irá bien.". Debería sin embargo de validar los sentimientos del paciente y reforzarle en su capacidad para gestionar el problema. El fin último es lograr conseguir que el paciente abandone el rol de ser un mero cumplidor de las pautas que prescribe el dentista y que pase a ser el protagonista en el transcurso de su enfermedad. De esta manera, sentirá una mayor identificación con el tratamiento y dejará de ser objeto del tratamiento para pasar a ser sujeto activo en el desarrollo del mismo.
Ossman (2004) en esta misma línea subraya además la importancia que el paciente identifique el mismo el problema. Para ello, el rol que el dentista ha de ejercer es sensiblemente diferente al método de intervención tradicional en el que el diagnostico se brindaba inmediatamente. Una vez identificado el problema, el odontólogo le ha de suministrar información apropiada en relación con el mismo y apoyar al paciente en su reacción emocional ante el tratamiento y diagnóstico.
Miller and Rollnick (1990) sugiere la técnica OARS como un modelo de intervención emocional la cual está íntimamente relacionada con los fundamentos del coaching. Esta técnica esta basada en la formulación de preguntas abiertas, afirmación de las fortalezas de la persona, escucha reflexiva y un resumen de la situación. Las preguntas abiertas permiten que el paciente explore su situación desde otra perspectiva y que adquiera mayor conciencia sobre aquello que le preocupa y de cuál es la mejor solución. La afirmación de las fortalezas personales conduce al paciente a un estado de autoconfianza y plenitud de recursos. Como recordaremos mas adelante este es uno de los puntos claves de la psicología positiva. La escucha reflexiva muestra que el dentista considera la opinión del paciente, lo cual fortalece su vínculo y la confianza del mismo con el tratamiento. Por último, el resumen de la situación permite al dentista reiterar los principales puntos tratados y verbalizar las preocupaciones e interés del paciente para asegurarse que ambas partes se han entendido correctamente.
En el caso de que el paciente haya vivido algún episodio traumático previo en una clínica dental ocasionándole una fobia leve o acusada (odontofobia), la Asociación dental americana enfatiza la necesidad de trabajar con estos pacientes respetando sus tiempos para asumir el tratamiento. Además, subraya la importancia de considerar su estado emocional promoviendo una comunicación abierta acerca del hecho fundante de la fobia. La aplicación de técnicas de coaching pueden resultar utiles para que el paciente se dé cuenta de que el marco escénico causante del trauma pertenece al pasado y que en esta ocasión se prestará especial atención a no repetir la mala praxis que ocasionó su fobia informándole con exactitud qué aspectos se considerarán para evitar en la medida de lo posible reproducir el mismo error.

PSICOLOGÍA POSITIVA

El propósito de la psicología positiva es estudiar las bases de la felicidad

Tribune CME

6 Months Clinical Masters Program in **Advanced Implant Aesthetics**

17 July 2014 to 22 November 2014, a total of 12 days of intensive live training with the Masters in **Como** (IT), **Barcelona** (ES), **Munich** (DE)

CLINICAL MASTERS IN ADVANCED IMPLANT AESTHETICS 2014

Live surgery and **hands-on** with the masters in their own institutes plus online mentoring and on-demand learning at your own pace and location.

Learn from the Masters of Advanced Implant Aesthetics:

Registration information:

17 July 2014 to 22 November 2014
a total of 12 days in **Como** (IT), **Barcelona** (ES), **Munich** (DE)

Details on **www.TribuneCME.com**

Curriculum fee: € 11,900

contact us at tel.: **+49 341 48474 302**
email: **request@tribunecme.com**

Collaborate on your cases

and access hours of premium video training and live webcasts

University of the Pacific

you will receive a certificate from the University of the Pacific

Latest iPad with courses

all registrants receive an iPad preloaded with premium dental courses

100 ADA CERP C.E. CREDITS

ADA C·E·R·P® | Continuing Education Recognition Program

Tribune America LLC is the ADA CERP provider. ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.

y las fortalezas de las personas. A lo largo de los años, la psicología se ha centrado en los aspectos patológicos del ser humano como la depresión y el estrés, dejando al margen el estudio de aspectos más positivos como la risa, la alegría o la creatividad. El impulso definitivo para la creación de la psicología positiva fue dado por el Prof. Martin Seligman junto con Mihaly Csikszentmihalyi. El empleo de la psicología positiva en el sector salud ha experimentado un gran auge en los últimos años.

EMPLEO DE HERRAMIENTAS DE PSICOLOGÍA POSITIVA EN LA ODONTOLOGÍA

La gran importancia de este campo radica en que posibilita una mejor calidad de vida atenuando los trastornos en el ánimo resultantes de la enfermedad. La psicología positiva aplicada a la salud estudia como el espíritu de lucha en sí mismo a lo largo del tratamiento constituye paliativo contra la enfermedad (Cuadra & Florenzano, Seligman 2003). Al informar o diagnosticar al paciente (Frank, 2005), la psicología positiva aboga por un estilo deliberativo, el cual lleva a cabo un dialogo psicoeducativo sobre el tratamiento más adecuado y fomentando el protagonismo del paciente para con su enfermedad.

La psicología positiva en su contexto práctico pone especial acento en el desarrollo de la empatía. Ésta constituye uno de los fundamentos del vínculo medico ya que su uso demuestra interés personal por el paciente al conocer sus características y entender sus necesidades. Además de dedicarle tiempo, el médico debe escuchar y contestar preguntas usando un lenguaje comprensible (Bueno, 2000). Esto significa personalizar al paciente. Esta actitud empática supone ponerse en lugar del otro sabiendo al mismo tiempo que no lo es. No se trata de identificarse con el paciente, sino tomar distancia para evaluar la situación.

El uso de la psicología positiva en la medicina se concreta además en la capacidad del dentista en reconocer las fortalezas personales del paciente en el transcurso de su enfermedad (Auto-control, auto-regulación, perseverancia y diligencia) además de ensalzar cuando proceda la buena salud dental, los buenos hábitos de higiene y preventivos así como el reconocimiento de la consecución de los pequeños hitos en el transcurso del tratamiento bucal (Miller and Rollnick 1990).

PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA

La Programación Neurolingüística (PNL) es un conjunto de métodos y técnicas que permiten conocer las estrategias internas inconscientes a partir de las cuales se desarrollan las emociones humanas. Los seres humanos filtramos la realidad para vivir una experiencia subjetiva de la misma. Así todos creamos un mapa interior del mundo que es diferente para cada persona y a través del cual entendemos nuestra vida y relaciones. La PNL logra abordar de forma práctica, útil y eficaz la comprensión y cambio de la conducta humana.

EL USO DE LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA (PNL) EN ODONTOLOGÍA

Existen numerosas técnicas que podrían ser usadas en la profesión odontológica pero mentaremos solamente cuatro sencillas técnicas que pueden suponer una diferencia clave en la relación del dentista con el paciente.

<u>Rapport</u>

Esta es una herramienta básica dentro de la PNL, que consiste en crear sintonía con la persona que se esté interactuando. La investigación científica ha demostrado que al comienzo de una interacción los ritmos corporales de los implicados son diferentes pero al cabo de unos minutos acaban sincronizándose. Este fenómeno se denomina mirroring. Una vez que ha tenido lugar la sincronización, es posible que el líder de la conversación (en este caso el dentista) adopte progresivamente una posición corporal (cabeza y cuerpo erguidos) la cual es inconscientemente imitada por el paciente generándole un estado de sentimientos más positivos. Así creando rapport, es posible modificar el estado psicológico de un paciente; en primer lugar sintonizando su corporalidad, su ritmo de lenguaje y su lenguaje no verbal hasta alcanzar la sincronización. Una vez que esta tenga lugar, el siguiente paso es ir gradualmente adoptando otra actitud corporal y tono de voz que logre acercar al paciente a un estado de mayores recursos. Cuando se establece el rapport una comunicación mucho más eficaz tiene lugar y la sensación de temor suele ser mitigada generándose un ambiente de confianza y cooperación mutua entre el dentista y su paciente.

<u>Sistemas de percepción</u>

Las personas tendemos a expresarnos según nuestro sistema de percepción más afianzado. Así hay personas que tienen una manera de representarse el mundo a través de imágenes (personas visuales), sonidos (personas auditivas) o las sensaciones

corporales (personas cenestésicas). Lograr descubrir cuál es el sistema preferente de comunicación en el paciente permite al odontólogo adoptar su mismo registro de expresión verbal usando metáforas pedagógicas abundantes en figuras visuales (lo ves claro), o auditivas (me suena bien) o cenestésico (me da escalofríos). Por ello, los sistemas de representación suponen un impacto en una línea de intervención sensorial a través del lenguaje abundando en la expresión con metáforas visuales, auditivas o cenestésicas dependiendo del sistema de representación que el paciente tenga más desarrollado. Esta línea no se agota solamente en el plano de la comunicación verbal entre dentista y paciente sino que es posible influir el estado de ánimo enriqueciendo los estímulos sensoriales dentro de la clínica. En este sentido, numerosas clínicas dentales usan música relajante cuando intervienen al paciente, colores en las paredes azulados (color terapia) o han eliminado el olor clásico de las clínicas dentales. Incluso en Estados unidos hay hasta 200 clínicas Spa y en el Reino Unido se han puesto en funcionamiento tornos que evitan el ruido.

Visualización del futuro deseado

Cuando un odontólogo pretende explicar a un paciente los beneficios de seguir y concluir un tratamiento, puede apelar a las sensaciones que tendrá el paciente como si el objetivo haya sido ya alcanzado. Este enriquecimiento sensorial actúa a nivel subconsciente de una forma poderosa y el objetivo a lograr (por ejemplo el alineamiento de los dientes tras un tratamiento de ortodoncia) pasa a tomar una relevancia e importancia mayor en nuestro paciente. Así, el dentista que establezca un trato personalizado con el paciente hablándole con imágenes visuales y sensoriales acerca de los resultados positivos al término del tratamiento odontológico tendrá en el paciente un aliado para afrontar las dificultades que puedan aparecer.

El lenguaje positivo

Para la PNL el lenguaje que usamos genera un tipo de realidad u otra. Así cuando el dentista se refiere al dolor puede conseguir aminorarlo o intensificarlo en el paciente dependiendo si usa un lenguaje positivo o no. Se reconoce como una buena práctica odontológica evitar en la medida de lo posible la palabra dolor sustituyéndola por molestia. Pero si se desea alcanzar el uso excelente del lenguaje positivo el odontólogo debería de ir recogiendo las preocupaciones de sus pacientes y trabajar maneras alternativas de referirse a la misma situación pero en clave optimista.

LIDERAZGO, RESONANCIA Y COMPETENCIAS DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

El liderazgo es la habilidad que se tiene para orientar y dirigir a un grupo hacia el logro de una meta aplicando conocimientos, aptitudes y actitudes personales. El modelo de liderazgo propuesto en este artículo es el liderazgo resonante el cual permite al líder sintonizar con los sentimientos de las personas y encauzarlos en una dirección emocionalmente positiva. El líder resonante sabe generar en los demás el estado de ánimo adecuado a las circunstancias, utilizando su empatía, optimismo y el entusiasmo. Cuando el líder no sabe interpretar adecuadamente las emociones ajenas trasmite innecesariamente mensajes negativos logrando desviar la atención del grupo de su misión. La inteligencia emocional se asienta fisiológicamente en los circuitos neuronales que conectan los centros ejecutivos del cerebro (en los lóbulos frontales) con el sistema límbico (centro cerebral que regula las emociones). Las señales que este sistema trasmite al resto del cuerpo son capaces de hacer variar la tasa hormonal, las funciones cardiovasculares y hasta el sistema inmunológico de las personas. El sistema límbico hace que los líderes emocionales logren una poderosa influencia sobre el cerebro emocional de sus seguidores logrando estados de ánimo positivos que fortalecen las habilidades neuronales básicas para desempeñar bien el trabajo y alcanzar los objetivos organizacionales.

En contraposición, el estrés y la ansiedad acaban mermando seriamente la inteligencia emocional. Las personas estresadas reducen su empatía y tienen más dificultades en codificar las emociones de los demás dificultando las relaciones y disminuyendo el rendimiento del grupo. Según estudios realizados por Goleman y Boyatzis, el 20 y 30 por ciento del rendimiento depende directamente del clima emocional del grupo. A su vez, dicho clima de-