

EL DENTISTA

del siglo XXI Nº 129
MARZO
2026

www.dentistasiglo21.com

DR. ANTONIO MURILLO

DENTISTA Y ESPECIALISTA
EN IMPLANTOLOGÍA
Y PERIODONCIA

*“La implantología avanza
a velocidad vertiginosa y la
tecnología cambiará cómo
trabajamos cada día”*



MEDICINA EN LA PINTURA

La extracción de la
piedra de la locura

SALUD BUCODENTAL DE LOS ADOLESCENTES



Innovación científica aplicada a la odontología

|> *La ciencia como base del progreso* <|



Dr. Darío Adolfi



Dr. Mauricio Adolfi



Dr. Jorge Alonso



Dr. Carlos Ayala



Dr. Manuel Betoret



Dr. Juan Carlos Bernabeu



Dr. Pepe Benítez



Dr. Pedro Pablo Blanco



Dr. Fabio Camacho



Dr. Robert Carvalho



Dr. Pablo Castelo



Dr. Jorge Delgado



Dr. Fran Díaz Prada



Dr. Alberto Fernández



Dr. Santi Ferris



Dr. Juanjo Gaité



Dr. Pablo Galarza



Dr. Sergio G. Moreno



Dr. Pablo Glera



Dr. Sidney Kina



Dr. Benjamín Martín



Dr. Pepe Martín



Dr. Jose Luis Megía



Dr. Alberto Molina



Dr. Jesús Moreno



Dr. Antonio Murillo



Dr. Enrique Núñez



Dr. David Peñarocha



Dr. Miguel Peñarocha



Dr. Mario Pérez Sayáns



Dr. Benito Ramos



Dr. Emilio Rodríguez



Dra. Claudia Salavert



Dr. Alfonso Sande



Dr. Habib Shammas



Dr. Miriam Teulé



Dr. Iván Varela



Dr. Manuel Ventura

Expodental 2026

11-13 de Marzo

Pabellón 8 - N° 8C04 - 8D04 - 8D06

¡Descubre nuestro programa de ponencias y aumenta tu conocimiento clínico!



¡Escanéame!

VUELTA A LOS VALORES, VUELTA AL SENTIDO COMÚN

Preguntaba, hace unas semanas, en una tribuna de este digital si no había nadie que pusiera un sentido racional a esta sociedad que se derrumba poco a poco. Un desmoronamiento controlado por mentes peligrosas. Continuando con mis preguntas decía si no había una mente preclara para dirigir el barco. Y me contestaba que solo era necesario tener un juicio ponderado y un razonamiento sin ideología. Pero ahora quiero añadir que también es necesario poseer unos valores de los que esta sociedad está muy ayuna. Sin embargo, en los últimos tiempos estoy viendo algún atisbo de vuelta a esos valores, de un adarme de recuperación en la esperanza y en los principios. Me da la impresión de que estaban enterrados y ahora, con la tormenta que nos azota, parece que brotan aisladamente. Es necesario hablar y actuar positivamente con el regreso a los valores, el sentido común, el juicio mesurado y la cordura en las decisiones. La ética debe dirigir nuestros objetivos y nada nos debe apartar del bien común y del criterio ajustado a normas de derecho. Lo más fácil es encontrar personas normales que no se dejen llevar nada más que por la conducta moral basada en valores y principios inmutables. Todo esto, debe servir para construir una sociedad diferente, basada en meritocracia, verdad, justicia, responsabilidad, tesón, trabajo y esfuerzo. Podríamos seguir con una larga lista que habita en la cabeza de los lectores, pero creo que con lo señalado se puede entender lo que quiero manifestar.

La vuelta a los valores, el regreso a los principios de la ética, al sentido común será suficiente para dar esperanza a una España que serpentea entre el bien y el mal, una España que se cimbreo con cada noticia. Debemos regresar a la senda del bien, pues hay muchas personas que no sólo lo desean, sino que lo ejercen. Son más los buenos que los malos, aunque los valores de aquellos estén en la profundidad de su corazón. Hay que sacarlos a la superficie, que nadie se azore por exponer sus valores en la educación, en la relación con sus semejantes, en una palabra: en la vida diaria. Hay que volver a la felicidad de realizar el trabajo, sea cual sea, con una sonrisa, con la felicidad de lo que hacemos bien, de lo realizado correctamente. El esfuerzo tiene siempre su premio, que no es nada más que la alegría que embarga a la persona que lo realiza. Tenemos que volver a la sonrisa en nuestras relaciones.

El mundo, la sociedad en la que vivimos, tiene solución si todos trabajamos en la misma dirección y si la honradez es la base de nuestras decisiones. La esperanza está a la vuelta de la esquina, pero para ello tenemos que empezar con las cosas pequeñas de la vida diaria. Tenemos que enseñar a los niños, a nuestra juventud, la importancia de los pequeños detalles de la convivencia cotidiana. Ceder el asiento en el metro, dar las gracias a quien nos ayuda o nos ofrece algo, dedicar una sonrisa antes que un ceño fruncido a las personas con las que hablamos, ser honrado en nuestra labor, son actividades que nos dan la felicidad. Una de las actuaciones más agradables para quien la ejerce y para quien la recibe, es encontrar una persona agradable en un restaurante, en una oficina de la administración, en un comercio, por decir pequeños lugares en los que se valora la amabilidad. Son detalles imperceptibles que harán que la esperanza y la ilusión vuelva a nuestra vida. Estos mínimos fragmentos de vida habitual enriquecen a la sociedad. Todo ello nos lleva a recuperar la autoestima, el aprecio personal y poco a poco iremos cambiando esta comunidad. Es necesario actuar con confianza y determinación dentro de los cauces señalados a lo largo de estas líneas.

Esta actuación no solo hace feliz a quien recibe la sonrisa, sino, también, a quien la da. Detrás de una mirada agradable plena de complacencia por lo que dice o por lo que hace, se encierra un estado de bienestar, de felicidad interna que quiere transmitir a sus conciudadanos. La persona que tiene valores denota un estilo diferente en el trato con los demás. Parece ser que quiere transmitir sus sentimientos y, de hecho, muchas veces lo consigue. Si miramos a la gente a los ojos, y tratamos de comprenderles, habremos ganado la batalla de la coincidencia, el momento mágico, fascinante, en el que dos personas se encuentran. Esto siempre se realiza entre ellas cuando concurren con una misma percepción, con una idéntica confluencia. Debemos tratar de que siempre sea así y poco a poco, iremos cambiando la sociedad.



ANTONIO BASCONES

Catedrático de la UCM, Presidente de la Academia de Ciencias Odontológicas de España y Académico correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

**EL MUNDO, LA
SOCIEDAD EN LA
QUE VIVIMOS, TIENE
SOLUCIÓN SI TODOS
TRABAJAMOS EN LA
MISMA DIRECCIÓN Y SI
LA HONRADEZ ES LA
BASE DE NUESTRAS
DECISIONES**

SUMARIO

EL DENTISTA

del siglo XXI

www.dentistasiglo21.com



DESDE MI VENTANA	3
ACTUALIDAD	6
ENTREVISTA	8
SALUD BUCODENTAL DE LOS ADOLESCENTES	14
LA EXTRACCION DE LA PIEDRA DE LA LOCURA	24
LA DEFENSA DE CASTELNUOVO	28
DESTINOS	32
MEMORIA Y CULTURA	34



DIRECTOR/EDITOR
Antonio Bascones Martínez

REDACTORA JEFE
Rosalia Torres Castro
rosalia@grupoicm.es

COLABORADORES
Javier Barbado, Joaquín Callabed, Jose Antonio Crespo, Carlos Matilla

MAQUETACIÓN
Ángeles García Vázquez
angeles@grupoicm.es

PUBLICIDAD
María del Carmen García Martín
carmengm@grupoicm.es
Tel. 675 917 758

CONSEJO EDITORIAL
Margarita Alfonso Jaén, secretaria general de Fenin.
Honorio Bando, académico correspondiente de las Reales Academias Nacionales de Farmacia y Legislación y Jurisprudencia.

Juan Blanco Carrión, profesor titular de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago.
Alejandro de Blas Carbonero, presidente del Colegio de Dentistas de Segovia.

Josep Maria Casanellas Bassols, presidente de la Societat Catalana d'Odontologia i Estomatologia.

Juan Antonio Casero Nieto, presidente de la Junta Provincial de Ciudad Real.

Antonio Castaño Seiquer, presidente de la Fundación Odontología Social.

Alejandro Encinas Bascones, cirujano maxilofacial.
Manuel Fernández Domínguez, director del Departamento de Odontología de la Universidad San Pablo CEU de Madrid.

José Luis Gutiérrez Pérez, profesor titular de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.

Beatriz Lahoz Fernández, vicepresidenta del Colegio de Dentistas de Navarra.

Ricardo de Lorenzo y Montero, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

Rafael Martín Granizo, cirujano maxilofacial. Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Helga Mediavilla Ibáñez, directora de Psicodent.

Florencio Monje Gil, jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del H.U. Infanta Cristina de Badajoz.

Agustín Moreda Frutos, presidente del Colegio de Dentistas de la VIII Región.

José Luis Navarro Majó.
Oscar Pezonaga Gorostidi, presidente del Colegio de Dentistas de Navarra.

Jaime del Río Highsmith, catedrático de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Juan Miguel Rodríguez Zafra, odontólogo de atención primaria (SESCAM).

Manuel María Romero Ruiz, académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

Felipe Sáez Castillo, director médico del Grupo Amenta.

José María Suárez Quintanilla, presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña.

Mario Utrilla Trinidad, presidente del Consejo Médico del Hospital de Madrid.

EDITA



Grupo ICM de Comunicación
Avenida San Luis 47. 28033 Madrid
Tel. 91 766 99 34
Fax 91 766 32 65
www.grupoicm.es

BAJA LABORAL

Serpe
seguros



INFORMACIÓN
PERSONALIZADA



**CONOCEMOS TUS PRINCIPALES
DOLENCIAS Y NECESIDADES**

Tu consulta se detiene, tus ingresos no
Cobertura **exclusiva para odontólogos:**

- Indemnización desde el primer día.
- Doble pago por lesiones en manos o brazos.
- Incluye embarazo, parto y accidentes deportivos.
- Prima estable en el tiempo, sin sorpresas.

EL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA Y LA FDE ENTREGAN SUS PREMIOS ANUALES

El Consejo General de Dentistas de España y la Fundación Dental Española (FDE), presididas por el Dr. Óscar Castro Reino, han entregado sus Premios, que reconocen a aquellas personas e instituciones que han destacado por potenciar y mejorar la Odontología en nuestro país. El acto contó con la presencia de numerosos miembros de la Organización Colegial de Dentistas, Sociedades Científicas, personalidades políticas y del ámbito sanitario, y representantes de los medios de comunicación.



Comité ejecutivo y premiados.

El evento comenzó con la entrega de distinciones a los Dictantes de Honor de la organización, los Dres. Enrique Martínez Merino, Valeria García Chacón y José Manuel Gándara Rey, quienes han cumplido diez años como dictantes de los cursos de formación para dentistas que organiza la Fundación Dental Española. A continuación, se concedieron las distinciones de Consejeros de Honor, que este año han sido para los Dres. Ismael Tárraga López, expresidente del Colegio de Dentistas de Albacete; Agustín Morera Frutos, expresidente del Colegio de Dentistas de la VIII Región; y José Luis González Calvo, expresidente de la Junta Provincial de Dentistas de Zamora. Este año, el reconocimiento como Miembro de Honor del Consejo General de Dentistas se otorgó al Dr. César Pascual Fernández, consejero de Salud de Cantabria, quien agradeció este nombramiento tan significativo y destacó la importante labor que realiza el Consejo General de Dentistas de España por la Odontología y, a su vez, por la salud de los ciudadanos.

PREMIOS DE LA FDE

En cuanto a los galardones que entrega la FDE, el Dr. Rupert H. G. Kelley, de la Universidad Católica de Murcia, recibió el Premio Alejandro López Quiroga por su Trabajo Fin de Grado "Protocolo para el diagnóstico ortodóncico digital guiado en el tratamiento interdisciplinar". El galardón Ayuda a ONG's fue para Circular Research, por su proyecto Programa de asistencia y gestión de la clínica

social de la prisión central de Yaundé", liderado por David González Alarcón. Asimismo, el Premio RCOE recayó en el Dr. Eduardo Anitua Aldecoa por su artículo "Rehabilitación de un maxilar atrófico con implantes de 4, 5 mm de longitud en exclusiva, en conjunción con técnicas mínimamente invasivas: elevación del seno transcrestal y elevación de fosa nasal. Caso clínico". La periodista María Romano fue premiada con el galardón José Navarro Cáceres, que distingue a aquellos redactores o medios de comunicación que contribuyen a difundir información sobre temas sanitario odontoestomatológicos o que ayuden a promover el cuidado de la salud dental. María Romano es responsable de relaciones institucionales de iSanidad Dental.

PREMIOS DEL CONSEJO

El Premio Dentista del Año fue para la Dra. Carmen Mariscal De Gante Ruzafa, por la importante labor que llevó a cabo realizando las fichas dentales de las 219 víctimas de la DANA de Valencia. Gracias a su impecable trabajo, se pudieron identificar los cuerpos de las personas fallecidas. Es licenciada en Medicina y Odontología por la Universidad Complutense de Madrid, médico forense y odontóloga en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Comunidad de Madrid y colabora como docente en la Cátedra de Medicina Legal. Asimismo, es vocal de la Comisión Deontológica del COEM desde 2011.

El Premio Santa Apolonia, la máxima distinción que concede el Consejo General de Dentistas a título individual, fue concedido al Dr. José Luis Gutiérrez Pérez. Este premio reconoce a los dentistas que más han destacado por sus trabajos, su dedicación, y su contribución al prestigio y desarrollo de la Odontología a lo largo de toda su trayectoria profesional. Licenciado y doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada, especialista en Estomatología y en Cirugía Oral y Maxilofacial en la Universidad de Sevilla, el Dr. Gutiérrez es colegiado del Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla, quien le ha propuesto como candidato a este premio. Actualmente, es profesor catedrático vinculado, decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla (US) y vicepresidente primero del Claustro de dicha Universidad. Además, es jefe del servicio y director de la Gestión Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

A lo largo de su trayectoria profesional ha desempeñado otros cargos como presidente de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) y director gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Este premio reconoce a los dentistas que más han destacado por sus trabajos, su dedicación, y su contribución al prestigio y desarrollo de la Odontología a lo largo de toda su trayectoria profesional.

CLAUSURA

La entrega de premios fue clausurada por el Dr. Óscar Castro con un discurso en el que comenzó ensalzando el trabajo y el esfuerzo que realizan diariamente todos los premiados por mejorar la Odontología en nuestro país. En este sentido, declaró que el futuro está lleno de desafíos: especialidades, la publicidad sanitaria, la sostenibilidad del sistema, la plétora profesional..., pero también está lleno de oportunidades. Asimismo, enfatizó que "nuestra fuerza está en lo colectivo. En lo que hacemos juntos. Y como presidente del Consejo General de Dentistas de España, puedo decir con orgullo que la Organización Colegial sigue siendo un bastión de unidad, de profesionalidad y de vocación de servicio". ■

EXPODENTAL

Salón Internacional de Equipos, Productos
y Servicios Dentales

Colabora:



Patrocina:



Método de pago oficial:



El camino a la
innovación
odontológica.

Adquiere tu pase



11-13
Mar
2026

Nuevas fechas:

De miércoles

a viernes



DR. ANTONIO MURILLO

DENTISTA Y ESPECIALISTA EN IMPLANTOLOGÍA Y PERIODONCIA

“La implantología avanza a velocidad vertiginosa y la tecnología cambiará cómo trabajamos cada día”

El Dr. Antonio Murillo, dentista y especialista en implantología y periodoncia, natural de Ponferrada, nos comparte su trayectoria, desde su formación en Madrid hasta su regreso a El Bierzo, y nos explica cómo combina rigor clínico, tecnología y un enfoque humano para ofrecer tratamientos de excelencia.

¿Qué le motivó a estudiar Odontología?

Mis abuelos maternos fueron el motivo de mi interés por la vocación de servicio al paciente. Mi abuelo, Antonio, fue médico cirujano, tuvo un sanatorio médico-quirúrgico y fue el primer jefe de servicio de cirugía en nuestra comarca de El Bierzo. Ellos cuidaron la vida de todos los bercianos. Yo nací en la capital de la comarca, en Ponferrada, en 1980. No tuve la fortuna de que mi abuelo me abrazara, ya que falleció tres semanas antes de mi nacimiento. Sin llegar a conocerlo, pude hacerme una idea de su obra y generosidad a través de los numerosos testimonios que pacientes, médicos, amigos y familiares me relataron sobre él. Sin duda, mis abuelos influyeron en mi decisión vocacional. La Odontología fue una decisión que tomé antes de empezar la carrera, juntamente con mis padres, sabiendo desde niño que mi interés estaba en las ciencias de la salud. La decisión estaba tomada: estudiaría Odontología con especial interés en sus disciplinas quirúrgicas.

¿Qué recuerda de sus años de estudiante en Madrid y de su decisión de volver a Ponferrada?

Salir de mi ciudad natal para comenzar los estudios de licenciatura fue una de las decisiones más trascendentes que he tomado. En la Universidad Alfonso X de Madrid encontré amistades que conservo en la actualidad, como el Dr. Ramón Silos Canto, de Gijón. También en la universidad encontré profesores que se





Izquierda: En una formación junto al profesor Rodríguez Lozano. Derecha: Con el profesor Sanz en Madrid.

han convertido en maestros y amigos. No puedo dejar pasar esta oportunidad para agradecer al profesor doctor Juan Manuel Vadillo sus enseñanzas. Como coordinador de Prótesis y profesor mío, le agradezco la confianza que siempre tuvo en mí, apoyándome en mi camino de crecimiento profesional y en la docencia. Permítanme recordar también a los profesores Lorrio Castro (Juan Miguel y Carmen), con quienes conservo una excelente amistad y que guiaron mis primeros pasos clínicos en quinto de carrera. Mi decisión de regresar a Ponferrada se centra en devolver a mi tierra y a mi familia la oportunidad que me brindaron y en rendir homenaje a mis abuelos, como precursores del cuidado de la salud en nuestra querida tierra berciana.

Su formación incluye cursos, diplomas, maestrías y especializaciones en diferentes universidades y sociedades científicas. ¿Cuál de esas experiencias fue clave para construir su visión profesional?

Creo que la formación es imprescindible en una profesión que demanda tanto conocimiento como habilidad manual. Sería difícil señalar una experiencia formativa concreta como clave; más bien considero que haber tenido la oportunidad de aprender de tantos perfiles clínicos y docentes, tanto nacionales como internacionales, me ha permitido establecer mis propios criterios

profesionales. Al no tener ningún odontólogo en nuestra familia que pudiera servirme de ejemplo, si tuviera que mencionar a la primera persona que me dio la oportunidad de aprender a su lado, sería el doctor Juan Carlos Vázquez Egido, quien, cuando era coordinador de Patología y Terapéutica Dental en la Universidad Alfonso X, tuvo la generosidad de nombrarme alumno interno del departamento, y con él empecé a verlo trabajar en su clínica dental.

¿Qué le llevó a especializarse en periodoncia e implantología?

Mi interés por las asignaturas quirúrgicas y la periodoncia viene desde antes de comenzar los estudios de licenciatura. Hasta tal punto llegaba mi interés que, en segundo de carrera fui personalmente a la Sociedad Española de Implantes (SEI) para conocer qué era aquella institución. Tuve la enorme fortuna de que, sin saberlo, la persona que me atendió y estuvo hablando conmigo fuera el doctor Feliciano Salagaray Lafargue, fundador y presidente de la Sociedad. Lo supe tiempo después, ese mismo año, cuando me expidió el diploma de miembro estudiante de la

Sociedad Española de Implantes y lo firmó como presidente. Aquel diploma fue un gran aliciente en mis estudios de Odontología y reafirmó dónde quería llegar. Un año después de finalizar la carrera, comencé mis primeras formaciones de posgrado en estas áreas de conocimiento. Debo agradecer la oportunidad de crecimiento clínico y docente que me brindaron mis maestros, el doctor Luis Blanco Jerez y el doctor Mariano del Canto Pingarrón, en mis inicios en este apasionante camino, ya que fueron los primeros en comenzar a formarme en estas áreas que hoy lo representan todo para mí.

¿Qué importancia le da a la formación continua en unas disciplinas tan cambiantes como la implantología y la periodoncia?

Tratamos pacientes y nuestros tratamientos deben estar estandarizados y protocolizados para intentar obtener los mejores resultados. Siempre he tenido una máxima en mi ejercicio profesional: no se puede tratar aquello que no se conoce, por lo que el estudio personal y la actitud resultan imprescindibles. Sin conocimiento, nada es posible.

¿Cómo equilibra la actualización científica con el trabajo clínico del día a día?

Trabajando en equipo y manteniendo la motivación de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Esforzarse más cada día para que los pacientes puedan

“LA EXCELENCIA CLÍNICA SE DEMUESTRA DÍA A DÍA, EN CADA PACIENTE QUE TRATAS”



Compartiendo una reunión profesional junto a profesores, doctores y amigos.

disponer de los medios técnicos y humanos necesarios requiere dedicación. No solo debemos tratar a los pacientes, sino hacerlo con técnicas predecibles y reproducibles, basadas en evidencia, que permitan promover y devolver la salud, así como la estética. Clínica, ciencia y arte se unen en cada paciente que atendemos.

¿Cómo ha evolucionado su forma de ejercer la Odontología?

Por un lado, he intentado mantener el mismo esquema conceptual en todos los casos clínicos tratados: diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, ejecución técnica, elección de materiales y mantenimiento. Por otro, el conocimiento clínico y la destreza manual, que dependen del tiempo y la experiencia, me han llevado a perfeccionarme en abordajes de mínima invasión. Todo lo anteriormente citado lo combino con el estudio de las técnicas para introducir o descartar protocolos clínicos.

En su clínica, ¿qué aspectos considera esenciales para ofrecer una atención de calidad a sus pacientes?

Entender por qué el paciente acude a la clínica es lo más importante. Para nosotros, la primera visita es un momento inicial de estudio, diagnóstico y conocimiento de su caso clínico. Pero, probablemente, para el paciente sea una experiencia completamente diferente. Debemos tener en cuenta que toda su experiencia previa (tratamientos, enfermedades, caries) le genera inquietudes y preocupaciones, por lo que la empatía y la humanidad son fundamentales. El rigor clínico y el conocimiento deben ir siempre unidos a la comprensión y a una Odontología centrada en el paciente.



En la Real Academia de Doctores de España junto a los profesores Martínez, Gómez Font, Bascones y Ramírez.

¿Cómo influye el enfoque multidisciplinar de Clínica La Puebla 39 en los resultados de los tratamientos?

Como odontólogo, debo cuidar, promocionar y prevenir la salud, no solo bucodental, sino general, evitando la enfermedad, tratándola si fuera necesario o minimizando sus secuelas. Por ello, concibo una forma de Odontología basada en el diagnóstico y la mínima intervención, incluso en los retratamientos. En muchos pacientes se prescriben tratamientos para garantizar la calidad de vida a través de funciones elementales y vitales, como la función masticatoria, pero no debemos olvidar la

importancia de la boca en una adecuada respiración o fonación, así como en la fisiología del cuerpo humano. En otros casos, la estética será el objetivo, por lo que resulta fundamental determinar claramente los objetivos de los tratamientos. La estabilidad de los tratamientos, la estética y el mantenimiento deben ser premisas fundamentales en nuestro día a día.

¿Qué papel juega la tecnología y la evidencia científica en su día a día?

Cuando tu vocación de servicio está relacionada con la salud de los pacientes, necesitas la tecnología desde el diagnóstico, pasando por los tratamientos y llegando hasta el mantenimiento. Estamos en una década de grandes avances tecnológicos con aplicación clínica directa, que aportan innumerables beneficios al paciente. Personalmente, introduzco tecnología en la clínica basada en evidencia científica. No utilizo todo, sino que me centro en técnicas y tecnologías respaldadas por la ciencia. Las nuevas tecnologías permiten ofrecer

“ESTAMOS EN UNA DÉCADA DE GRANDES AVANCES TECNOLÓGICOS CON APLICACIÓN CLÍNICA DIRECTA, QUE APORTAN INNUMERABLES BENEFICIOS AL PACIENTE”



Con el profesor Bascones; su esposa, Consuelo Ilundain; y la Dra. Rodríguez en Madrid.

diagnósticos más precisos, tratamientos mínimamente invasivos más eficientes y mantenimientos con salud, además de estética, más predecibles. Estamos en un gran momento de la Odontología.

¿Cómo influye el trato humano en el éxito de un tratamiento odontológico?

Esta pregunta es de muy fácil respuesta, pero de muy difícil ejecución. Todos deberíamos tratar a cada paciente como si estuviéramos tratando a nuestra madre. Si así lo hiciéramos, el detalle técnico, la excelencia del procedimiento, la empatía, el cuidado y la comprensión estarían al más alto nivel. El problema es que somos humanos y, como tales, cometemos errores. Por eso, considero que hay que esforzarse por conseguir esta forma de entender nuestra profesión con cada paciente cada día.

Ha sido director y profesor de múltiples programas de formación y másteres. ¿Qué le aporta personalmente la docencia?

La docencia en mi carrera profesional ha ido unida al esfuerzo de intentar ser mejor profesional día tras día, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de tratamientos clínicos estandarizados. Desde el colegio, el instituto y la universidad, observaba a los profesores con admiración por la

generosidad con la que nos educaban. A mí me llegó la oportunidad, generosamente otorgada por mis maestros, de recoger su testigo y seguir avanzando en el camino de transmitir el conocimiento en Odontología. Sin ellos y sin esa oportunidad, lo mucho o poco que he conseguido no hubiera sido posible. El valor de la docencia es incuestionable, pero por encima de todo su gran mérito reside en la transmisión de conocimiento y en compartir con compañeros, donde todos aprendemos. Una de las situaciones clínicas que más orgullo me genera es la confianza que han depositado en mí profesores del colegio o del instituto para tratarse conmigo. Cuidar al que te cuidó es especialmente bonito.

¿Qué considera esencial para la formación de los odontólogos del futuro?

Primero, entender por qué quieren ser odontólogos. Deben comprender la repercusión que tendrán en sus futuros pacientes, desde el concepto de salud-enfermedad, y la importancia de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades orales, periodontales, la caries y la periimplantitis. Segundo, tener la inquietud de querer saber más, no solo a través de cursos o másteres, sino también mediante el estudio personal. El

odontólogo que se forma hoy cuenta con innumerables ventajas en cuanto a conocimiento científico, que hace escasos años no existían. Sin embargo, esto también puede ser un hándicap debido a la disparidad conceptual. Tercero, no caer en el error de pensar que el conocimiento o las técnicas se dominan plenamente de manera rápida; hace falta tiempo. Hay profesores, docentes y clínicos que nos anteceden y que nos demuestran cómo el estudio constante es una forma de entender la profesión. A medida que aumenta el conocimiento del profesional, se empiezan a ver los casos clínicos desde otras perspectivas: se observan múltiples detalles que anteriormente no se percibían. Eso se llama experiencia, y es dependiente del tiempo. La mayoría de los profesionales no operarán ni buscarán los mismos objetivos en sus inicios que 20 años después.

¿Cuáles son las cualidades que distinguen a un buen profesional de periodoncia e implantología?

Creo que todo buen profesional comparte una característica común: no conformarse con lo que se le ofrece en sus estudios y tener la inquietud de querer aprender más, explorar las áreas de conocimiento, observar diferentes puntos de vista y establecer sus propios



En Portugal junto a las Dras. Leana Bragança, Lisandra Rodríguez y el Dr. Jesús Pato.

criterios. En mi trayectoria docente y clínica, considero que las actitudes son mucho más importantes que las aptitudes, ya que quienes se esfuerzan por aprender, tarde o temprano tendrán la oportunidad de convertirse en buenos profesionales con experiencia y conocimientos. No debemos olvidar la frase: “El trabajo duro vence al talento cuando el talento no trabaja duro”. En resumen, ¿cualidades? Dar lo mejor de ti, con cada paciente, día tras día.

¿Qué le aporta personalmente el trato con alumnos y colegas?

Es enriquecedor y una gran responsabilidad. Muchas veces aprendo más yo en un curso de lo que enseño. Las preguntas de los compañeros obligan a ofrecer soluciones concretas y a transmitir la importancia del método diagnóstico y del plan de tratamiento. Ser docente clínico me permite comprender que la Odontología está en constante evolución y que siempre es necesario mantenerse informado.

¿Qué aspectos de la implantología cree que han cambiado más en los últimos años?

Creo que los últimos años de la implantología han sido de gran interés clínico y científico. Por un lado, se ha logrado una estandarización en materiales quirúrgicos y protésicos; por otro, se ha estandarizado también la ejecución de los procedimientos clínicos. En mi opinión, la implantología ha cambiado y nosotros hemos cambiado con ella. Precisamente, lo que más ha cambiado es que, ante situaciones similares, muchos casos

hoy no se tratan igual que hace 10, 15 o 20 años. Desde mis comienzos, la implantología fue una de las áreas que he intentado dominar. Nuestra visión se basa en el conocimiento de los tejidos duros y blandos desde una perspectiva quirúrgico-protésica. Sin duda, la búsqueda de estabilidad y estética en implantología me llevó a una villa muy cercana a Ponferrada: Sarria. Desde ese momento, mi implantología clínica tuvo un antes y un después. Conocer al doctor Jesús Pato Mourelo y a la doctora Leana Kathleen Bragança marcó un punto de inflexión en mi práctica. Ellos son los precursores y artífices de la implantología que actualmente manejo y de los resultados que obtengo. Les agradezco la generosidad con la que me transmitieron su filosofía de trabajo. En Sarria también conocí al Sr. César Beirán, protésico dental, persona fundamental en nuestra filosofía de trabajo y en los resultados de nuestros tratamientos.

¿Cuál cree que será el avance tecnológico más transformador en implantología en los próximos años?

Es complejo aventurarse a predecir hacia dónde se dirige la implantología oral.

“SER DOCENTE CLÍNICO ME PERMITE COMPRENDER QUE LA ODONTOLOGÍA ESTÁ EN CONSTANTE EVOLUCIÓN Y QUE SIEMPRE ES NECESARIO MANTENERSE INFORMADO”

Sin embargo, si tuviera que señalar un avance tecnológico transformador, destacaría el trabajo del profesor doctor Guillermo Pradiés Ramiro y su máster en Odontología Restauradora basado en nuevas tecnologías, en la Universidad Complutense. Allí han colocado, con éxito, el primer implante con tecnología robótica en Europa. Me parece un hito increíble para la Odontología en general y para la implantología en particular.

¿Cómo imagina el futuro de la implantología y la Odontología?

Apasionante y a una velocidad vertiginosa. Ojalá supiera hacia dónde nos dirigimos; por desgracia, no tengo la respuesta. Lo que sí sé es que el concepto de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje será cada vez más relevante y rápido, con una clara tendencia hacia las nuevas tecnologías y la inteligencia artificial. Muchos procedimientos se automatizarán.

¿Qué mensaje le daría a un joven que se está formando ahora en Odontología y quiere especializarse en su campo?

Que estudie, que persevere y que no tenga prisa por “querer hacer” muchas técnicas distintas o extremadamente complejas; que se centre primero en saber diagnosticar y planificar. Nuestra profesión necesita solucionar problemas a los pacientes, no creárselos. También le diría que, si repite de forma constante los mismos hábitos y establece protocolos diagnósticos y terapéuticos certeros, todo llegará. Habrá momentos buenos y malos; incluso habrá días en los que una cirugía salga mal y sienta ganas de abandonar o piense que esto no es lo que busca. En esos momentos, la paciencia, la constancia y la disciplina son fundamentales: hay que seguir adelante. Por último, pero no menos importante, le recomendaría que elija cuidadosamente la manera en que quiere ejercer su profesión y que seleccione bien a sus maestros y referentes. Un buen maestro no solo debe guiarte desde el inicio —enseñándote primero observando, luego ayudando y posteriormente haciendo—, sino que también debe transmitirte ilusión por tu profesión.

¿Hay algún error común que observa en la práctica clínica que le gustaría aclarar?

Por norma general, creo que todos los clínicos deberíamos invertir mucho más tiempo en el diagnóstico y la planificación de los casos clínicos que realizamos. Resulta paradójico que, en la era de la digitalización, la inteligencia artificial, los escáneres intraorales y extraorales, así como la evolución de la



En el laboratorio del Sr. César Beirán, analizando una rehabilitación sobre implantes.

radiología digital, aún no se utilicen todas las herramientas que tenemos a nuestro alcance para mejorar los diagnósticos y planificaciones. Para detallar un ejemplo, me resulta inconcebible que la gran mayoría de los implantes osteointegrados se coloquen, según me comentan muchos clínicos cuando les consulto, sin ningún tipo de férula quirúrgica o guía radiográfica-quirúrgica, cuando todos hemos sido formados en la importancia de respetar una correcta posición tridimensional.

Si pudiera resumir su filosofía profesional en una frase, ¿cuál sería?

Hace 20 años le pedí al profesor doctor Luis Blanco Jerez, director del máster que realicé en la Universidad Rey Juan Carlos, avanzar en técnicas regenerativas del maxilar posterior. Muy amable, me dijo que trajera pacientes a la clínica y vino conmigo. Realizamos varias elevaciones sinusales ese día y, al terminar, muy contento de que todas salieran bien, sin perforaciones, y comprobadas las radiografías postoperatorias, le dije: "Profesor, estas elevaciones sinusales han quedado excelentes". Él me respondió: "Antonio, la excelencia clínica no existe; la excelencia clínica se demuestra día a día, en cada paciente que tratas". Desde entonces, esa máxima me acompaña no solo en la clínica,

sino también en la docencia: no vale ser excelente en un caso, hay que intentar ser excelente caso tras caso.

¿Hay algún mentor, colega o figura de la Odontología que haya marcado especialmente su carrera y por qué?

Como he comentado anteriormente, mi abuelo era cirujano y, en su despacho, toda su vida tuvo la foto dedicada de su gran maestro y amigo, el profesor doctor Carlos Jiménez Díaz, eminencia de la Medicina que ostentaba la cátedra de Patología y Clínica Médicas de la Facultad de Medicina de Madrid. Yo crecí viendo esa foto con la dedicatoria, así como las imágenes de mi abuelo con el profesor Jiménez Díaz en Madrid. Mi abuela me contó el respeto y la admiración que mi abuelo profesaba al profesor, y la importancia que tuvo en su vida. Esa influencia la encontré, años más tarde, en el admirable y admirado profesor doctor Antonio Bascones Martínez, maestro de maestros. No tuve la oportunidad de ser alumno del profesor Bascones durante la carrera, pero en segundo año de Odontología me compré su libro de Medicina Bucal para estudiar la asignatura. Fue el primer libro específico en mi librería sobre Odontología, y en concreto sobre Medicina Bucal, donde el profesor Bascones, catedrático de Medicina Bucal y Periodoncia en la

Universidad Complutense, dejó huella en mí, sin que yo siquiera lo conociera. Desde la primera página de ese libro pude entender la grandeza de nuestra profesión a través del extenso conocimiento plasmado por el profesor Bascones, y comprendí la importancia de conocer la encía y la mucosa. Supe, en ese momento, que él era un referente. Años más tarde tuve la fortuna de conocerlo personalmente, y pude comprobar no solo su generosidad profesional, sino también la gran persona que es. Guardo como uno de los mayores honores de mi vida el haber disertado junto al profesor en congresos sobre periodoncia y perimplantología, compartiendo el auditorio con él, en una experiencia que marcó de forma especial mi trayectoria profesional.

¿Qué espera que los alumnos o colegas recuerden de usted como profesional y como persona?

Yo solo he intentado aportar un granito de arena: enseñar procedimientos clínicos diarios a los odontólogos para que los pacientes reciban tratamientos más favorables y menos invasivos. Jamás pensé siquiera que tendría la oportunidad de aportar algo a mi profesión. Si he podido lograr eso, para mí ha sido más que suficiente, y estoy profundamente agradecido. ■



SALUD BUCODENTAL DE LOS ADOLESCENTES

El crecimiento facial asociado a los cambios hormonales, junto con modificaciones en los hábitos de higiene y alimentación, así como el uso de piercings y el consumo extendido de tabaco, alcohol y otras drogas, pueden suponer una afectación significativa de la salud bucodental.



DR. JOAQUÍN CALLABED
DOCTOR EN MEDICINA. MIEMBRO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE ESPAÑA.

La salud oral debe considerarse un elemento fundamental en el desarrollo de la adolescencia mediante acciones de promoción y prevención. En los últimos decenios, la salud bucodental de los adolescentes ha experimentado una mejora general. Sin embargo, en esta etapa de la vida existen patologías que se agravan, como la caries y las paraodontopatías con ocasión de traumatismos faciales. Entre las principales alteraciones bucodentales en la adolescencia se encuentran la caries dental y la enfermedad periodontal, que incluye la gingivitis y la periodontitis, así como los problemas de maloclusión. También son frecuentes las alteraciones de la articulación

temporomandibular (ATM), los problemas relacionados con los terceros molares, la pérdida congénita de dientes y la erupción ectópica. A ello se suman los traumatismos bucodentales y las alteraciones estéticas, como los dientes descoloridos o manchados.

FACTORES EXÓGENOS

Entre los factores externos que influyen de manera decisiva en la salud bucodental durante la adolescencia destaca, en primer lugar, la alimentación.

Alimentación

Numerosos alimentos, como chips y cereales, contienen almidón que se descompone en azúcares y resultan

cariogénicos. El “picoteo” entre comidas debe evitarse. El principio clásico de las cuatro comidas diarias contribuye a disminuir el riesgo de caries.

No resulta saludable la presión publicitaria que promueve productos con exceso de azúcar y grasa. Conviene evitar los alimentos ultraprocesados y el consumo excesivo de bebidas azucaradas, ya que aumentan la aparición de caries y favorecen la erosión dentaria por el contacto directo de los dientes con los ácidos. Es preferible consumir azúcar durante las comidas, ya que la saliva producida durante la masticación participa en la neutralización de los ácidos. Masticar chicle sin azúcar que contenga xilitol tras las comidas puede ser una alternativa beneficiosa.

Tabaquismo

El consumo de tabaco tiene efectos secundarios directos sobre la salud bucodental. Entre las consecuencias más

inmediatas se encuentran el mal aliento, la aparición de manchas en los dientes y en los tejidos circundantes, las alteraciones del gusto y del olfato, el retraso en la cicatrización tras una extracción dental y la mayor dificultad para corregir defectos estéticos en los dientes. A largo plazo, el tabaquismo favorece el desarrollo de enfermedades periodontales, puede conducir a la pérdida de dientes y aumenta de forma significativa el riesgo de cáncer de la cavidad bucal.

Piercings

Toda retracción cutánea o mucosa, aunque sea mínima, expone al organismo a un riesgo de infección bacteriana. En la cavidad bucal, la lengua es particularmente sensible, y una infección local puede generalizarse y evolucionar hacia endocarditis o septicemias, especialmente en adolescentes con patologías crónicas. Además, los piercings pueden ser motivo de transmisión hemática de infecciones como la hepatitis B y C, el VIH o el virus de Epstein-Barr.

Por otra parte, la lengua es un órgano altamente vascularizado, por lo que una hemorragia tiene siempre el peligro de hipersialorrea, dificultades en la deglución y en la locución, así como lesiones dentarias acompañadas de sangrado, dolor e inflamación. El roce continuado del piercing puede provocar desgaste dental, astillamiento y fracturas dentales, además de favorecer la aparición de gingivitis y periodontitis. Asimismo, la perforación puede lesionar estructuras nerviosas, causando entumecimiento o pérdida de sensibilidad.

Para minimizar el riesgo de infecciones y reacciones alérgicas, se recomienda el uso de piercings fabricados en acero inoxidable quirúrgico.

Ortodoncia

Algunos pacientes no son conscientes de la importancia del cepillado dental para eliminar los agentes responsables de las enfermedades cariogénicas y periodontales. El aparataje de la ortodoncia modifica la flora por su acción retentiva y por la dificultad que supone realizar un cepillado eficaz. Estas dificultades favorecen la acumulación de placa dentaria alrededor de los brackets, lo que puede conducir a la desmineralización del esmalte y al desarrollo de caries y enfermedades periodontales. En estas situaciones, puede proponerse la aplicación de vernix fluorado como medida preventiva.

Placa bacteriana o placa dental

La placa bacteriana es la acumulación excesiva de microorganismos procedentes de la flora digestiva sobre las



LA CARIES, LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LOS TRAUMATISMOS DENTARIOS SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS ORALES EN ADOLESCENTES, PREVENIBLES CON EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO ODONTOLÓGICO

superficies de la cavidad oral. Se adhiere a las piezas dentales, las encías y la lengua, provocando problemas periodontales de carácter infeccioso. Esta placa forma una capa prácticamente imperceptible, de textura gelatinosa, que se pega a los dientes y se introduce en las fisuras dentales, dañando las piezas y la estructura gingival. Se trata de una fina película formada por más de 200 especies bacterianas, agua, células, glóbulos blancos y restos alimentarios. La presencia de placa está directamente relacionada con problemas de

gingivitis, halitosis, caries y periodontitis, siendo una de las principales causas de enfermedad oral. Según su localización, la placa puede clasificarse en tres tipos: la placa marginal, que se acumula sobre la superficie dentaria; la placa coronal, que se concentra en zonas de estancamiento, como el margen gingival; y la placa subgingival, que afecta a las fosas del surco gingival y a las bolsas periodontales.

Traumatismo dentario

El riesgo de traumatismo dentario puede prevenirse con el uso de un protector dental durante la práctica de deportes colectivos de contacto, como el rugby, que protegen los dientes frente a fracturas y amortiguan posibles heridas en los labios. Se estima que alrededor del 25 % de los adolescentes sufre traumatismos que afectan a los incisivos centrales y superiores, causados por caídas, colisiones, deportes, accidentes, episodios de violencia o actividades extremas. Entre estas últimas se incluyen deportes de riesgo controlado en montaña,



como escalada o espeleología; en el agua, como piragüismo o buceo; y en el aire, como parapente, tirolesa o vuelos en ultraligero.

Terceros molares

La erupción de los terceros molares puede suponer impactación o malposición, lo que a su vez puede dar lugar a pericoronaritis, caries, formación de quistes o problemas periodontales.

PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Diabetes tipo 1

La diabetes tipo 1 puede afectar a la cavidad bucal, y sus consecuencias sobre la salud bucodental son más graves cuando el control metabólico es deficiente.

La caries, como fuente de infección y desequilibrio, puede generar un círculo vicioso y debe ser considerada en los controles dentales regulares.

La prevalencia de enfermedades dentales es mayor en los adolescentes con diabetes tipo 1, y suelen presentar, además, una disminución de la producción de saliva. Esta sequedad bucal contribuye a la aparición del mal aliento, a alteraciones del gusto y a molestias en las mucosas. Por ello, es fundamental sensibilizar al paciente joven diabético sobre la importancia del cepillado e higiene dental diaria y sobre la necesidad de realizar revisiones dentales periódicas (Peyreaud, 2012).

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL EN LA ADOLESCENCIA REQUIERE UN ENFOQUE PREVENTIVO, ÉTICO E INTEGRAL, SENSIBLE A LOS FACTORES SOCIALES Y PERSONALES DEL JOVEN

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son particularmente vulnerables a problemas dentales, como desmineralización y fragilización del esmalte, aumento del riesgo de caries y afecciones periodontales que pueden derivar en aflojamiento de los dientes. Estas manifestaciones se relacionan con las carencias y desequilibrios alimentarios propios de los TCA, la alimentación selectiva y los vómitos frecuentes. Un déficit de aporte de calcio favorece la desmineralización dental y facilita la acción de los ácidos bacterianos sobre las caries, mientras que la falta de vitamina C puede alterar la salud de las encías. Los vómitos provocados inducen una acidez en la boca que produce desmineralización y erosión del esmalte dentario, facilitando ataques bacterianos y aparición de caries.

Además, estos adolescentes presentan sensibilidad a los alimentos calientes

y fríos, sequedad bucal, sensación de quemadura, erosión dental y, en ocasiones, inflamación de glándulas salivales, especialmente de la parótida. Tras los vómitos, no es aconsejable cepillarse los dientes, ya que al efecto corrosivo del ácido se añade un factor mecánico de abrasión ocasionado por el cepillado traumático; en su lugar, se recomienda beber agua y enjuagarse la boca. En algunos casos, la aplicación de un revestimiento de resina sobre los dientes puede ser conveniente.

Es fundamental organizar un seguimiento regular de los adolescentes con TCA, coordinado con cirujanos dentistas y estomatólogos competentes, para prevenir y tratar las complicaciones bucodentales de manera eficaz.

Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn es una dolencia inflamatoria crónica con manifestaciones que afectan principalmente al tracto gastrointestinal en toda su extensión de causas desconocidas. Junto con la colitis ulcerosa, forma parte de las llamadas enfermedades inflamatorias intestinales. Su causa es desconocida, aunque se cree que resulta de una combinación de factores ambientales e inmunitarios en individuos genéticamente susceptibles. Entre sus complicaciones se incluyen anemia, eflorescencia, artritis y un mayor riesgo de cáncer colorrectal.

En la cavidad bucal, los pacientes con enfermedad de Crohn presentan con frecuencia úlceras, encías inflamadas y sangrantes, un mayor riesgo de caries y enfermedades periodontales. También sequedad de boca, disfagia o dificultad al tragar o variaciones en el gusto. Por ello, es fundamental que los pacientes con enfermedad de Crohn sean conscientes de estos riesgos y adopten medidas preventivas para proteger su salud dental.

Bruxismo

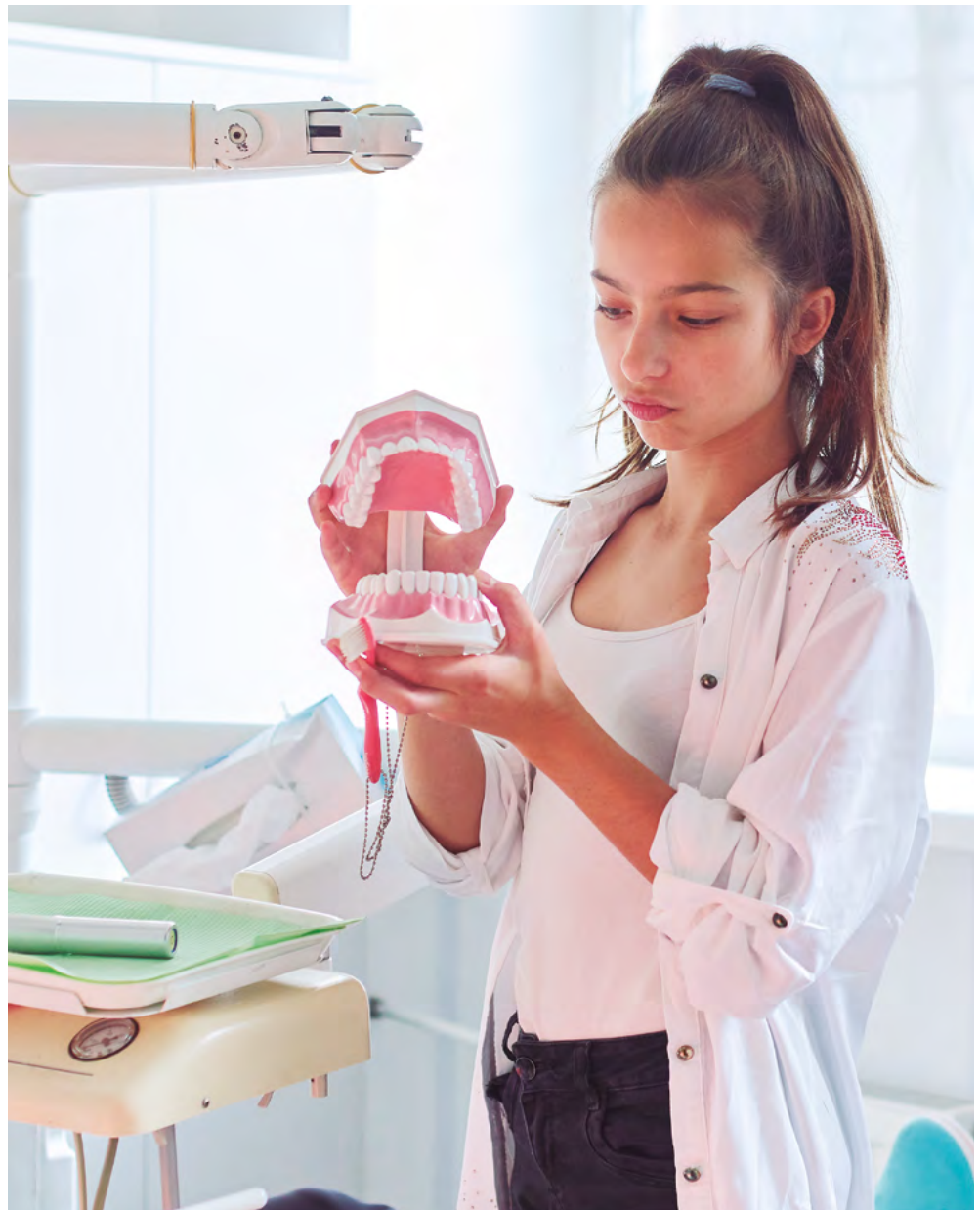
El bruxismo es la tendencia a apretar en exceso o rechinar los dientes de manera inconsciente, generalmente durante el sueño. Una de las medidas más eficaces para su manejo es el uso de una férula de descarga, que ayuda a corregir la mordida durante la noche y protege los dientes del desgaste.

Códigos deontológicos

El doctor José Font Buxó propone las siguientes recomendaciones para hacer más gratificante el trabajo odontológico y asegurar la satisfacción de los pacientes:

- La Odontología es un servicio de salud a la sociedad, y esa es su esencia.

- La prioridad en la relación entre el dentista y el paciente debe ser lo que necesita el paciente y no los beneficios del profesional.
- El paciente es el protagonista en la relación dentista-paciente; es fundamental respetar sus opiniones, su dignidad y sus demandas asistenciales.
- Nuestro objetivo es promover y preservar la salud integral del paciente a través de la salud oral, evitando que los tratamientos dentales interfieran con otros aspectos de su salud general.
- El dentista debe ser cauteloso en sus tratamientos, manteniendo la integridad oral siempre que sea posible; los tratamientos más innovadores no siempre son los mejores.
- En calidad técnica y humana, se debe ofrecer a los pacientes más de lo que pagan, siempre con educación y una actitud amable.
- El secreto profesional y el respeto a la historia clínica y a los tratamientos son una parte de la consideración que debemos tener hacia el paciente.
- Debemos mantener nuestra independencia, de honorarios y de tratamientos, ante cualquier presión (de aseguradoras, de la industria, del Estado o del propio paciente) que nos aparte de nuestro objetivo principal: la salud y el bienestar del paciente.
- Es necesario preservar el rol y la categoría del dentista en la sociedad, evitando prácticas comerciales que puedan dañar esta imagen.
- Debemos combatir la desigualdad social, promover el acceso a la educación y a la salud oral, fomentar la educación sanitaria y desarrollar programas de atención especial para los sectores más desfavorecidos.
- Debemos combatir, individual y colectivamente, la desigualdad social, promover el acceso a la educación y a la salud oral, y potenciar la educación sanitaria y los programas de atención especial a los sectores sociales más desfavorecidos. Nuestra actitud debe mejorar en cada momento y una valoración que comparta los pensamientos clásicos con el pensamiento de las nuevas generaciones, será un ejercicio que actualizará el comportamiento ético profesional.



ALGUNAS CONSIDERACIONES

Todo adolescente es un sujeto irrepentible que merece un tratamiento individualizado y personalizado. Debemos respetar sus derechos de autonomía, beneficencia, *primum non nocere* (primero no hacer daño) y justicia. La higiene dental es una parte fundamental de las medidas básicas de salud durante la adolescencia. Es necesario ampliar las acciones de promoción y prevención para facilitar la integración de este colectivo. Entre los factores sociales a considerar destacan la pobreza, la exclusión social, la violencia,

la falta de empleo y vivienda, así como el acceso a la educación y a la salud. Se recomienda incluir contenidos sobre adolescencia en los programas de formación sanitaria a nivel universitario con el fin de capacitar a los futuros profesionales en un abordaje integral, preventivo y ético de esta etapa vital. La terapéutica no consiste solo en curar, sino también en servir y cuidar. El médico no es solo quien diagnostica; sino quien, a veces, cura y siempre cuida. Curar con cuidado constituye, quizá, la última y más profunda justificación de la actividad médica. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics Dentistry (2010). Guideline con Adolescent Oral Health Care. Reference Manual Clinical Guidelines-Revisited V35/ No6,13/14142-149 pp (142-149).
2. Broca Sophie. Médecine et santé de L'Adolescent. Elsevier Masson 2019 pp.150 152.
3. Callabed Carracedo J. Et al. Criticados y poco escuchados. Una mirada al adolescente. Club de Pediatría Social. Gráficas Trialba. Barcelona 2013.
4. Callabed Carracedo J. Evolución histórica de la ética medicina y la importancia de la Bioética en la ciencia actual. Discurso leído de Académico Correspondiente en la Reial Acadèmia de Farmacia de Catalunya el 8 de mayo 2024.
5. Callabed Carracedo J. Ética de la investigación clínica En "Tiempos para la Bioética. Un puente entre la ciencia y los valores". Barcelona; Trialba, 2021 pp 105-141.
6. Alvin P, Marcelli D. Médecine de L'Adolescent. Mason. París. 2000.

TECNOLOGÍA, CIENCIA Y CONOCIMIENTO



Instalaciones diseñadas para reforzar rigor, trazabilidad y control en cada fase del proceso.

Galimplant reúne innovación tecnológica, rigor científico y experiencia clínica para desarrollar soluciones implantológicas orientadas a la precisión, la fiabilidad y la predictibilidad. La compañía impulsa procesos de fabricación y control exigentes, sostiene el desarrollo de producto sobre evidencia científica y mantiene la formación continua como uno de sus ejes de mejora.

La excelencia, en implantología, ocurre cuando tecnología, ciencia y conocimiento avanzan en la misma dirección.

NUESTRAS INSTALACIONES

Las instalaciones de Galimplant están

concebidas para asegurar la calidad en cada fase del proceso productivo, desde la fabricación hasta la verificación final. La organización del entorno de trabajo, junto con tecnología y sistemas de control avanzados, permite operar con precisión, eficiencia y trazabilidad. Cada etapa se desarrolla en espacios diseñados para sostener estándares exigentes de control y consistencia, en línea con una filosofía de inversión continua en innovación tecnológica. El resultado es un entorno moderno y altamente equipado que refuerza el compromiso de Galimplant con la calidad y la confianza del profesional.

NUESTRA FILOSOFÍA: CIENCIA Y EVIDENCIA

Galimplant es una marca española dedicada a la fabricación y comercialización de implantes dentales y componentes protésicos, con sede en Sarria (Lugo, Galicia). Su trayectoria en implantología oral se apoya en una filosofía de trabajo basada en investigación, innovación y desarrollo tecnológico, con el objetivo de aportar soluciones robustas y eficaces a la práctica clínica.

En este enfoque, la investigación y el desarrollo no son elementos accesorios: actúan como pilares que sustentan la evolución del sistema, orientados a



reforzar la predictibilidad clínica y la calidad del tratamiento.

DESARROLLO DEL PRODUCTO

Galimplant ha desarrollado un sistema propio, con una gama amplia de implantes y aditamentos protésicos diseñada para cubrir necesidades quirúrgicas y protodóncicas. El diseño combina precisión mecánica, sellado bacteriano y una geometría optimizada para favorecer una estabilidad primaria elevada y resultados clínicos fiables.

Además, el sistema apuesta por la simplificación mediante una única conexión protésica, orientada a facilitar la eficiencia del protocolo y la operativa diaria del profesional.

NUESTRA SUPERFICIE: NANOBLAST PLUS®

Nanoblast Plus® constituye uno de los desarrollos clave de Galimplant: una superficie trabajada a partir de la experiencia clínica. Se presenta como una superficie segura y diferenciada, con propiedades físico-químicas orientadas a favorecer una adhesión ósea sólida y estable en el tiempo.

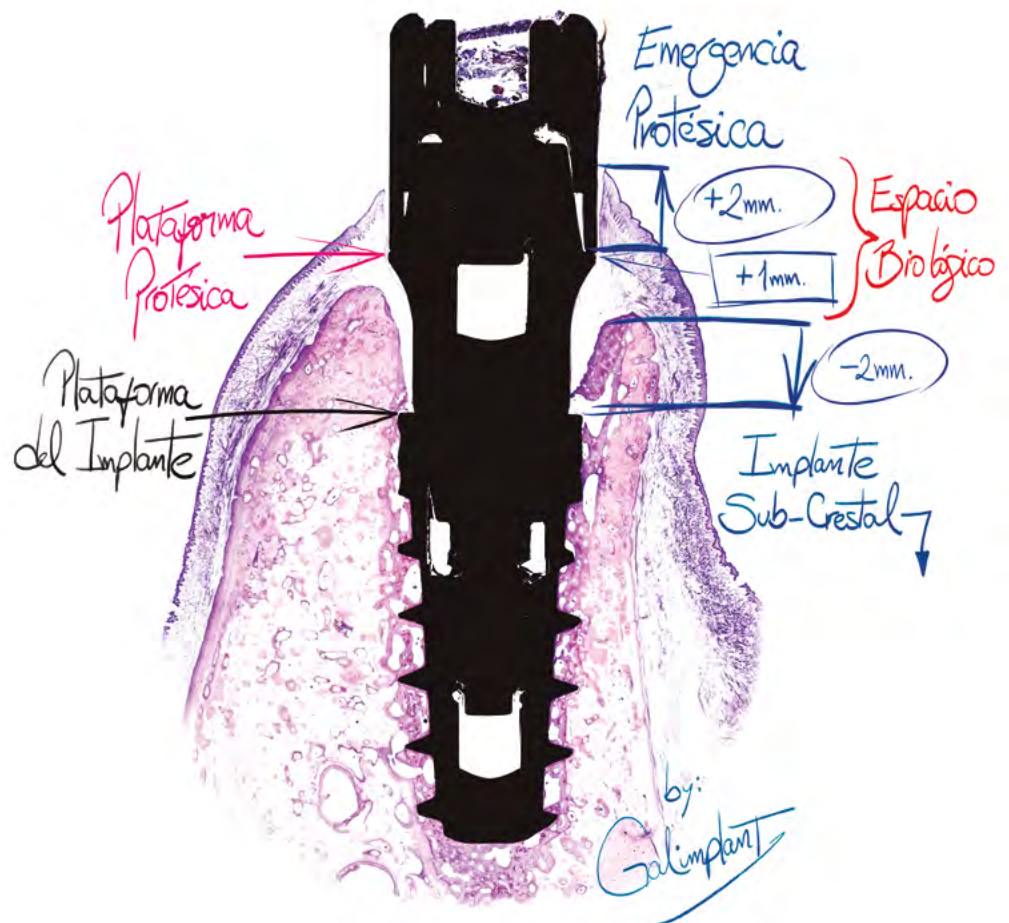
La evolución de este desarrollo se vincula al perfeccionamiento del tratamiento de superficie, basado en ensayo, ciencia y tecnología. El proceso se compone de un chorreo de arena de grano grueso y un posterior triple grabado ácido.

La fórmula de la osteointegración

La osteointegración es un fenómeno ampliamente demostrado por la evidencia científica. Numerosos estudios han confirmado que el éxito del implante depende en gran medida de las propiedades químicas, físicas y mecánicas de su superficie, ya que estas condicionan la adhesión celular y la calidad de la unión hueso-implante.

La directora general de Galimplant, la Dra. Leana Kathleen Bragança, afirma que "Nanoblast Plus® aporta confianza, seguridad, fiabilidad y altas tasas de éxito clínico."

Tras años de I+D, Galimplant ha optimizado su tratamiento de superficie para favorecer un entorno biológicamente estable y orientado a la integración ósea.

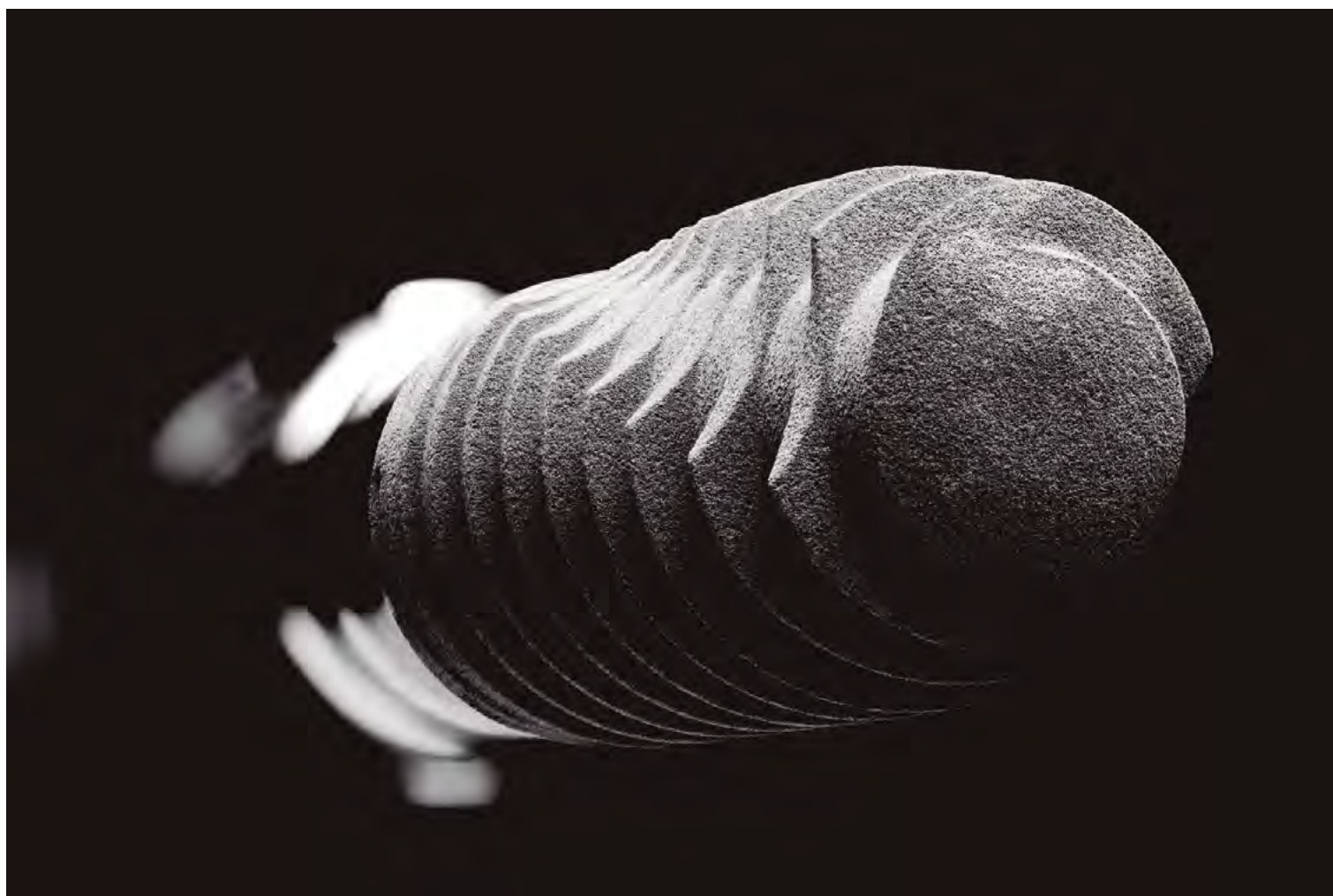


INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y ENSAYOS CLÍNICOS

La política de I+D+i de Galimplant se apoya en una base científica con estudios in vitro, in vivo y ensayos clínicos que abordan aspectos relevantes de la implantología moderna, como comportamiento a fatiga, osteointegración, rela-

ción de plataforma y condiciones del tejido blando periimplantario, entre otros. Estos proyectos respaldan tanto la evolución del producto como la generación de conocimiento aplicable a protocolos clínicos contemporáneos, reforzando la fiabilidad del sistema y su orientación a resultados consistentes.





ODONTOLOGÍA DIGITAL Y LABORATORIO

Galimplant integra innovación tecnológica en los flujos actuales mediante soluciones compatibles con la Odontología Digital, facilitando la planificación quirúrgica avanzada y la optimización de los procedimientos restauradores. El sistema implantológico está concebido para encajar de forma eficiente en entornos digitales, orientado a reforzar precisión en el ajuste protésico y previsibilidad del tratamiento.

Además, la compañía creó recientemente GaliLabs, una alianza estratégica entre laboratorios protésicos y Galimplant orientada a fortalecer la colaboración técnico-clínica. Este proyecto promueve coordinación entre clínica y laboratorio, protocolos de trabajo estandarizados, intercambio de conocimiento y mejora continua en procesos de diseño y fabricación protésica.

CALIDAD, CERTIFICACIONES Y PRESENCIA INTERNACIONAL

Galimplant trabaja bajo estándares internacionales de calidad, con productos sanitarios que cumplen con marcado CE y sistemas de gestión avalados por certificaciones como ISO 13485.

La empresa tiene presencia en múltiples países, incluyendo Portugal, Chile, Ecuador, Reino Unido, México, Croacia,

Eslovenia, Dubái y Marruecos, y participa de forma activa en congresos y eventos internacionales de implantología oral.

FORMACIÓN CONTINUA Y ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

La formación continua y la actualización clínica forman parte del enfoque de Galimplant hacia una implantología moderna y basada en evidencia. La

compañía desarrolla acciones formativas y, además, cuenta con la Academia Global Dental Experience, un espacio diseñado para acceder a programas prácticos y teóricos, combinando conocimiento científico, técnicas actuales y experiencia clínica.

El objetivo es aportar herramientas aplicables a la práctica diaria, impulsar la especialización y contribuir al crecimiento profesional, integrando





La formación continua como pilar para una implantología actualizada y predecible.



formación, conocimiento y práctica clínica en un mismo entorno.

UNIVERSIDAD E INVESTIGACIÓN

La relación con el ámbito universitario es esencial para Galimplant, entendiendo que la conexión entre industria y academia es clave para el progreso de la implantología. A través de cátedras, acuerdos de investigación y proyectos colaborativos, la compañía impulsa el conocimiento y formación especializada.

- Colaboración con la Universidad de Santiago de Compostela.
- Colaboración con la Universidad de Salamanca.
- Colaboración con la Universidad de Sevilla.
- Colaboración con la Universidad de Murcia.
- Colaboración con la Universidad Complutense de Madrid.
- Colaboración con la Universidad de Valencia.

- Colaboración con la Universidad Alfonso X el Sabio.
- Colaboración con la Universidad Politécnica de Catalunya.
- Colaboración con la Clínica Universidad de Navarra.
- Colaboración con la Universidad del País Vasco.

CASOS CLÍNICOS: EVIDENCIA APLICADA A LA PRÁCTICA DIARIA

Los casos clínicos desarrollados por KOLs constituyen un soporte esencial para validar y contrastar sistemas implantológicos en condiciones reales de práctica profesional. Más allá de la investigación experimental y los ensayos técnicos, la evidencia clínica obtenida en consulta contribuye a confirmar fiabilidad, estabilidad y predictibilidad de las soluciones.

La documentación de protocolos completos —desde planificación diagnóstica hasta seguimiento— permite revisar variables clave como estabilidad primaria, comportamiento de tejidos blandos, respuesta ósea periimplantaria, ajuste protésico y resultados estéticos y funcionales.

La sistematización de estos casos refuerza el compromiso con una implantología basada en evidencia: cada procedimiento documentado aporta datos clínicos, facilita revisión entre profesionales y alimenta la mejora continua de los

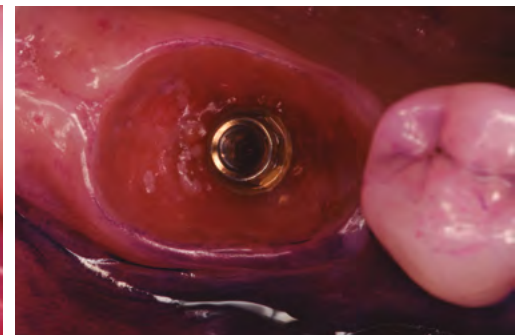


protocolos. Además, su difusión en congresos y encuentros científicos favorece el intercambio de conocimiento dentro de la comunidad odontológica.

“DOS PALABRAS DEBERÍAN DEFINIR LA IMPLANTOLOGÍA ACTUAL: ESTABILIDAD Y ESTÉTICA”

Dr. Antonio Murillo (KOL).

El doctor Antonio Murillo forma parte del grupo de Key Opinion Leaders (KOL) de Galimplant: profesionales que aportan experiencia clínica, visión crítica y validación en condiciones reales de consulta. Su trabajo con los sistemas Galimplant se integra en un enfoque basado en predictibilidad, rigor de protocolo y análisis de resultados, con especial



atención a la estabilidad y a la gestión estética, dos criterios clave en la implantología actual.

Como KOL, el papel del doctor Murillo no se limita a “usar” un sistema: contribuye a documentar casos, compartir aprendizaje clínico, contrastar flujos de trabajo y trasladar la experiencia

acumulada a la comunidad profesional a través de formación y divulgación. Esa conexión entre práctica clínica y mejora continua encaja con la filosofía de Galimplant: desarrollar soluciones implantológicas apoyadas en la ciencia, el control de calidad y la evidencia aplicada. ■



MEDICINA EN LA PINTURA

LA EXTRACCIÓN DE LA PIEDRA DE LA LOCURA

Durante la Baja Edad Media y el Renacimiento, la enfermedad mental se interpretó a menudo desde creencias supersticiosas. En los siglos XV y XVI estuvo muy extendida en los Países Bajos la idea de que la locura era causada por una “piedra” en el interior del cráneo y que su extracción garantizaba la curación. Esta creencia, explotada por charlatanes y curanderos, encontró un claro reflejo en la pintura, que denunció con frecuencia el engaño y la credulidad popular.



FRANCISCO JAVIER BARBADO HERNÁNDEZ

Exjefe de Sección Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Exprofesor Asociado de Medicina de la UAM.

José María Bausá, en *La Medicina en el Museo del Prado* (1933), dedica un capítulo a los asuntos quirúrgicos en el que describe con detalle la actividad de los curanderos en el campo de la cirugía. Según señala, estos supuestos operadores se aprovecharon de la arraigada creencia en la “piedra de la locura” para simular su extracción, introduciendo hábilmente la piedra en la herida quirúrgica y presentándolo después como prueba del éxito de la intervención.

H. S. Glasscheib, en *El laberinto de la Medicina* (1964), dedica asimismo un capítulo a la llamada “feria de la Medicina” y subraya que “el curanderismo no es una invención concebida exclusivamente para el engaño, aunque con mucha frecuencia se haya hecho de él un uso avieso”. Estos curanderos ambulantes recorrían pueblos y ciudades con sus carrozcos, instalándose allí donde se celebraban ferias, fiestas locales o festividades religiosas, y ofreciendo sus servicios. El historiador clásico de la Medicina Fielding H. Garrison, en su *Introducción a la Historia de la Medicina* (1921), describe la proliferación de operadores itinerantes de cataratas, hernias, litotomías, partos y otras prácticas quirúrgicas, conocidos como cirujanos de barraca. Para dignificar y proteger el ejercicio de la cirugía competente fue necesario promulgar disposiciones legales específicas, entre las que destaca el edicto de Carlos V de 1548. Estas medidas reconocieron a la cirugía como una profesión honorable, y contribuyeron a poner fin a las disputas entre médicos y cirujanos como recoge Gumersindo Sánchez Guisande en su *Historia de la Medicina* (1945).

LOS MALES DE LA PIEDRA DE LA LOCURA

La supuesta extracción de la piedra de la locura prometía la curación de muy diversos padecimientos. A ella recurrían personas con deterioro cognitivo o escasez de facultades intelectuales, trastornos mentales, cefaleas o epilepsias, afecciones que se atribuían a una obstrucción cerebral causada por la formación de “piedras” en la cabeza (Martí i Vilalta, *Neurología en el arte*, 2007; Castillo Ojugas, *Una visita médica al Museo del Prado*, 1998). Entre este amplio espectro de incautos no faltaban individuos etiquetados con términos como idiocia, imbecilidad o grados elevados de necedad e ignorancia, reflejo de una concepción médica y social profundamente condicionada por la época. Todavía Gregorio Marañón, en su *Manual de diagnóstico etiológico* (1943), consideraba que “el retraso mental puede afectar diferentes grados; generalmente, se admite el idiotismo, la imbecilidad y la simple debilidad mental”. Sin embargo, el propio Marañón añadía una advertencia fundamental al señalar que “a los primeros nombres debe hacerse la objeción importantísima de su crueldad, dado el amargo sentido peyorativo que en el lenguaje vulgar tiene”.

TEORÍAS PECULIARES

Alejandro Aris, cirujano cardiovascular, se pregunta en *Medicina en la pintura* (2002) cómo fue posible que tantas personas se dejaran engañar por los curanderos que simulaban la extracción de la piedra de la locura. Y escribe “existe una teoría según la cual se sometían a esta operación aquellos que corrían el peligro de ser condenados por brujería. Al someterse a

la extracción de la piedra, los sospechosos quedaban estigmatizados como locos y no como brujos, liberándose de esta forma de una muerte segura en la hoguera”.

Desde una perspectiva clínica, y como médico internista de larga evolución, sospecho que el origen de la leyenda o tradición de asociar una piedra intracraneal con el deterioro mental podría tener alguna relación con los tumores cerebrales calcificados. En este sentido, determinadas patologías neurológicas cursan con calcificaciones cerebrales visibles, como ocurre en algunos tumores, entre ellos los oligodendrogliomas, que con frecuencia presentan calcificaciones parciales, o en la cisticercosis por *Taenia solium*, en la que las lesiones quísticas pueden albergar una o varias calcificaciones nodulares (Harrison, *Manual de Medicina*, 2013).

LOS VERDADEROS CIRUJANOS

Conviene recordar que “el médico del Renacimiento es ya un hombre de ciencia, y ocupa un lugar importante en la sociedad, donde es estimado y admirado, mientras los mejores artistas ilustraban las láminas de sus libros” (Sánchez Guisande, 1945). En este contexto, Garrison subraya la figura de científicos como Vesalio y Fracastorio, exponentes de una

LA PINTURA FLAMENCA DE LOS SIGLOS XV AL XVII RETRATÓ LA FALSA EXTRACCIÓN DE LA “PIEDRA DE LA LOCURA” COMO DENUNCIA DEL CURANDERISMO



Museo del Prado.

medicina basada en la observación y el conocimiento anatómico, alejados de la práctica empírica y del engaño.

Por su parte, Bausá señala que en el siglo XVI cirujanos como Juan de Vigo, Berenguer de Carpi, Benedetti y Benivieni practicaban intervenciones, como la cirugía de la hernia, la catarata y los abscesos, además de realizar la talla vesical, la trepanación craneal e incluso la extirpación del útero.

Pedro Laín Entralgo, en su *Historia de la Medicina* (1978), considera que con Ambrosio Paré (1509-1590) se inicia la cirugía moderna. Entre sus principales aportaciones destacan el tratamiento de las heridas por arma de fuego, la práctica de la ligadura de las arterias, la herniotomía sin castración y el establecimiento de la versión podálica en obstetricia.

LOS PINTORES DE LA PIEDRA

Las escenas de curanderismo practicado por los charlatanes que se hacían pasar por cirujanos tuvieron una notable fascinación sobre los artistas flamencos. La extracción de la piedra de la locura se convirtió en un motivo recurrente en la pintura de muchos autores, entre los que destacan El Bosco, Brueghel el Viejo,

Hemessen, David Teniers el Joven, Frans Hals, Jan Steen y Adriaen Brouwer.

Para este trabajo se han seleccionado tres obras conservadas en el Museo del Prado, correspondientes a pintores de distintos siglos: El Bosco, en el siglo XV; Hemessen, en el XVI; y David Teniers el Joven, en el XVII. Estos cuadros resultan especialmente representativos de la parafernalia asociada a la extracción de la piedra de la locura y muestran con claridad que era una práctica abusiva, curanderil y fraudulenta.

El Bosco (Hieronymus van Aeken Bosch, h 1450/1460-1516)

La extracción de la piedra de la locura es un óleo sobre tabla, de 47,5 × 34,5 cm, datado hacia 1500. En el centro de la tabla y dentro de un círculo que sugiere un espejo se presenta una intervención quirúrgica. La escena satírica se desarrolla al aire libre, en un campo delimitado por una valla de piedra, en medio de un frondoso paisaje veraniego.

En primer plano aparece el operador, un falso y heteróclito cirujano, ataviado con ropas talaras y con una pequeña cántara colgada del cinturón. Sobre su cabeza lleva un embudo metálico invertido a

modo de sombrero, en alusión a la intención del engaño o a su propia locura. Con un instrumento de punta aguda simula extraer de la cabeza del paciente no una piedra, sino una eflorescencia vegetal, un tulipán o quizá un lirio. Curiosamente, otra flor idéntica aparece colocada sobre la mesa situada a la derecha. Según la *Guía del Prado* (2012), estas flores hacen referencia al dinero pagado por la intervención y señalan explícitamente al supuesto médico como un estafador.

Detrás del enfermo se sitúa un ayudante del operador, vestido con hábitos monacales, posiblemente un fraile, que distrae al paciente con su conversación. Su presencia implica a la Iglesia en el engaño y en la difusión de falsas creencias. Resulta sugerente la jarra que sostiene con la mano izquierda, probablemente destinada a contener alguna pócima para adormecer al incauto, que permanece sentado, visiblemente asustado, sentado sobre un taburete de madera.

A la derecha de la escena aparece una anciana vestida de monja, que sostiene sobre la cabeza un gran libro cerrado, interpretado por los charlatanes como una supuesta "enciclopedia". La monja, con toca blanca, se apoya en una mesa



La extracción de la piedra de la locura. El Bosco. Museo del Prado.



El cirujano del lugar. Jan Sanders van Hemessen. Museo del Prado.

circular cuyo pie adopta forma de hongo. Su mirada escéptica parece expresar la inutilidad y el carácter fraudulento de la intervención.

El paciente es un anciano corpulento, sentado en un sillón, que adopta una actitud resignada y confía en que la operación lo libere de la locura, entendida en los proverbios flamencos más como estupidez o ignorancia. Castillo Ojugas ofrece una sorprendente interpretación sobre el enfermo, al que describe como "un hombre barbilampiño, de cierta obesidad linfática y piel blanca", del que no se extrae una piedra, sino un lirio salvaje, símbolo de la homosexualidad. Esta lectura se ve reforzada por la inscripción en caracteres góticos situada en la parte superior e inferior del cuadro, cuya traducción del antiguo holandés dice: "Maestro, opérame en seguida. Mi nombre es Lubbert Das". El término *Das* significaría en la lengua antigua holandesa "cerdo castrado".

Es necesario recordar, además, que en la literatura de los Países Bajos el nombre *Lubbert* se emplea con frecuencia para designar a personas con un alto grado de idiocia o ignorancia, reforzando así el sentido satírico y moralizante de la escena.

Jan Sanders van Hemessen (Amberes h 1500-Amberes, h 1556/1557)

El cirujano, también conocido como *El cirujano del lugar*, consta en el *Catálogo de Pinturas del Prado* (1996) como un óleo sobre tabla de 1 × 1,41 m, fechado por diversos autores entre 1550 y 1555. El cuadro tiene la minuciosidad propia de la pintura flamenca. El falso cirujano ha instalado su tenderete o "tienda de charlatán" en pleno mercado de una ciudad, realizando una intervención quirúrgica a la vista de todos. El fondo del cuadro, característico de las ciudades flamencas, muestra una composición con influencias renacentistas: hombres que pasean ociosos y mujeres ocupadas en tareas cotidianas, ajenos al acto operatorio que se desarrolla en primer plano.

El charlatán o cirujano barbero, cubierto con un amplio tocado rojo, ha practicado una incisión en la región frontal del paciente y exhibe con orgullo una piedra redondeada y blanquecina, probablemente sacada de la manga o proporcionada por su ayudante. Su expresión burlona y sarcástica denuncia la estafa a la que ha sometido al enfermo. La técnica quirúrgica es primitiva: los colgajos de la herida son poco correctos, y el cirujano opera con una navaja mientras mantiene las mangas recogidas, mostrando el antebrazo. Lleva lentes de presbita sobre la punta de la nariz, que le permiten fijar mejor la visión de la retina; estas gafas, además de funcionales, podrían ser un signo de distinción, diseñadas para

atraer a posibles incautos y dar importancia a su actividad.

Bausá describe la sonrisa del cirujano como “una sonrisa de triunfo y seguridad, un tanto socarrona: ‘¡Esto es sencillo y está casi terminado! ¡Uno más que se tragó el engaño!’”, parece decir. La sonrisa recuerda al *trismus* o contractura de los músculos maseteros, conocida en la jerga médica como “cara de Netol”, y en semiología clínica puede aparecer en parotiditis aguda, tétanos, rabia, flemones dentales e incluso en la histeria (Noguer-Balcells, *Exploración clínica práctica*, 2005).

A la izquierda de la escena, una anciana, ayudante o cómplice del cirujano, sostiene la cabeza del resignado y dolorido paciente. La presencia de varios frascos de vidrio sugiere que previamente se le ha administrado alguna pócima para adormecerlo. Detrás de la mujer mayor, una joven prepara un líquido o unguento, que probablemente será aplicado sobre la herida al finalizar la operación. Una joven, que aparece detrás de la anciana, introduce un dedo en el líquido, aparentemente para comprobar la temperatura, que no puede ser alta porque sostiene el recipiente con la palma de la mano.

La escena tiene un gran realismo: el paciente, atado a una silla con una cincha de tela, tiene la piel abierta en la región frontal, con hileras de sangre, y su rostro refleja dolor, con lágrimas incipientes visibles a corta distancia.

A la derecha aparece un quinto y enigmático personaje, una mujer mayor con los ojos cerrados y los brazos levantados y entrecruza sus dedos. Su identidad ha sido objeto de debate: podría ser un familiar, quizá la madre del paciente, levantando las manos al cielo en actitud de horror o súplica; o incluso el próximo paciente esperando su turno. En ocasiones, se ha atribuido esta representación a una mujer desmayada, pero la hipótesis se descarta, ya que, como puntualiza Bausá, “el cuello ingurgitado, la cara en contracción, los brazos en alto, los dedos cruzados y los músculos en acción, no son una fiel expresión del desmayo”. Al fondo, se advierten unas piedras colgadas de una cuerda, extraídas de intervenciones anteriores, que sirven como reclamo de la supuesta habilidad del cirujano y atraen a futuros incautos. Sobre la mesa se observa un falso certificado de aptitud, destinado a reforzar la credibilidad del charlatán ante su público.

David Teniers II o el Joven (Amberes, h 1610- Bruselas, 1690)

Operación quirúrgica es un óleo sobre tabla de 0,38 × 0,61 m, de siglo XVII, sin fecha concreta en los catálogos. David Teniers II, hijo de David Teniers I, se especializó en la pintura de género



Operación quirúrgica. David Teniers el Joven. Museo del Prado.

dentro de la tradición flamenca de los Países Bajos. Según Bausá, su obra combina un verismo extraordinario con un realismo acre y un estilo jocoso en la composición (Todo el Prado, 2013).

En el centro de la escena, un cirujano de melenas y aspecto severo, tranquilo e impávido, manipula la cabeza del paciente con un instrumento que ha sacado de una bolsa atada a su cinto. En mi opinión, la operación está dentro de la práctica de la extracción de la piedra de la locura.

Una anciana observa con curiosidad la intervención, sosteniendo una cesta en el brazo izquierdo y un amplio paño blanco, destinado probablemente a limpiar la sangre de la herida operatoria. El enfermo tiene un gesto de dolor agudo, con las manos fuertemente apretadas y los dedos entrecruzados.

Un joven ayudante, sentado sobre una sólida mesa en la que se apilan instrumentos

y medicinas, prepara lo que podría ser una cataplasma, calentada en un pequeño brasero. Mira al enfermo con una inefable sonrisa de apenado o de conmisericordia. Otro ayudante, portando un jarro en la mano, sale por la puerta de la peculiar habitación, que recuerda a los sobrados o desvanes de los pueblos de Castilla la Vieja, pero impregnada de un ambiente de curanderismo.

El entorno está lleno de símbolos de la práctica mágica y médica: calaveras de animales, calabazas y redomas con medicinas cuelgan de techos y paredes, mientras un pez disecado pende del centro del techo. En el suelo y sobre los anaqueles hay cántaras, frascos y vasijas para fabricar la panacea del curandero. Desde lo alto de la ventana, un búho parece presidir la operación, reforzando la atmósfera de vigilancia y misterio en torno a la escena quirúrgica. ■



Curandero ambulante. Montado en un rocín va de pueblo en pueblo (xilografía de mediados del siglo XVI).

Curanderos ambulantes.

ESPAÑOLES OLVIDADOS

FRANCISCO DE SARMIENTO Y LA DEFENSA DE CASTELNUOVO (I)*

* Este artículo se publicará en varias entregas.



JOSÉ ANTONIO CRESPO FRANCÉS

Doctor en Artes y Humanidades, Coronel de Infantería (r).

HAGAMOS UN BREVE RESUMEN INICIAL DE SITUACIÓN.

El Imperio Español defendió el control de mar Adriático principalmente en el siglo XVI contra el avance terrestre y marítimo otomano sobre Europa y que amenazaba la península itálica y el corazón continental, destacando la heroica resistencia en el Sitio de Castelnuovo (1539) por los Tercios, y la Batalla naval de Ragusa (1617) contra Venecia, aunque su principal teatro de operaciones se movió al Atlántico tras Lepanto y Argel, enfrentando desafíos de piratería berberisca y la competencia veneciana y británica en periodos posteriores.

En el Sitio de Castelnuovo (1539), unos 3.500 soldados españoles resistieron un asedio masivo otomano en Montenegro, infligiendo grandes pérdidas, pero la plaza finalmente cayó, marcando un punto de inflexión y un gran sacrificio español, elogiado, admirado en Europa y cantado por los literatos.

La Batalla de Lepanto (1571), aunque no fue directamente en el Adriático, esta victoria contra los otomanos en el Mediterráneo alivió la presión otomana, permitiendo a España centrarse más

en el Atlántico, aunque la piratería berberisca continuó siendo un muy grave problema sobre las orillas meridionales europeas del Mediterráneo.

En la Batalla naval de Ragusa (1617), una escuadra española del virrey de Nápoles se enfrentó a la República de Venecia en el Adriático, mostrando la continua rivalidad por la hegemonía marítima en la región.

Con las Campañas contra Argel (Siglos XVI-XVII) se sucedieron las constantes expediciones españolas para frenar la piratería berberisca desde Argel (puerto clave en el Mediterráneo occidental) e implicaron acciones navales que, aunque no centradas en el Adriático, defendían los intereses españoles en el Mediterráneo general.

El contexto General nos presenta la rivalidad con Otomanos y Venecia pues el Adriático era una zona de influencia disputada, con España defendiendo sus intereses y posesiones en Italia (Nápoles, Sicilia, Cerdeña) frente al poder otomano y la rivalidad veneciana. Sobre la hegemonía Naval del Siglo XVI, digamos que España dominó los mares gracias a marinos como Álvaro de Bazán, pero el

foco estratégico se desplazó, dejando el Adriático como un frente secundario ante desafíos mayores en otras partes del Imperio.

Para entrar en materia sugiero el audio de una sencilla intervención radiofónica en el que pongo de manifiesto la valentía heroica de Francisco de Sarmiento y su tercio en la defensa de Castelnuovo. <https://esradio.libertaddigital.com/sin-complejos/espanoles-olvidados/2011-06-19/francisco-de-sarmiento-2084314/>

Para tener una amplia visión del escenario, así como de la vida de Sarmiento recomiendo la lectura de mi trabajo dedicando a Francisco Sarmiento un héroe de la Infantería Española, <https://geoestrategia.eu/images/stories/Documentos/TERCIO%20VIEJO%20DE%20SARMIENTO.pdf>

El objetivo de la posición de Castelnuovo era consolidar una cabeza de puente que permitiera el desembarco de un ejército numeroso y potente durante el verano de 1539. Por ello y aunque Castelnuovo contaba con una recia fortaleza y construcciones de gran solidez, tanto en la parte alta como rodeando la



ciudad, la situación de las tropas, como en cualquier cabeza de puente, era de precariedad defensiva y, ante un posible ataque mediante una fuerza terrestre, la defensa sólo podría mantenerse con el apoyo de una armada en tanto no se dispusiese de las necesarias defensas propias.

Pero la maniobra más probable y más peligrosa del enemigo turco hacía prever lo peor, pues ya se habían dado las peores circunstancias para garantizar cualquier apoyo a Castelnuovo. Por un lado, Jeireddín Barbarroja ya controlaba el mar Adriático después de la derrota de la Liga Santa en Preveza.

Su imparable ascendencia en el Mediterráneo había comenzado cuando al mando de un ejército turco enviado por el sultán otomano, Barbarroja reconquistó Tlemecén o Tremecén en diciembre de 1518. Continuó con la política de transportar musulmanes mudéjares desde España al Norte de África, logrando asegurar para sí un gran número de seguidores musulmanes agradecidos y leales, quienes tenían un inmenso odio hacia España.

Capturó Bône y en 1519 derrotó a la flota hispano-italiana que intentaba recuperar Argel. El mismo año también atacó Provenza, Tolón y las islas de Hyères, en el sur de Francia. En 1521 atacó las islas Baleares y luego capturó varias naves españolas que regresaban del Nuevo Mundo a Cádiz. En 1522 envió a un delegado suyo a participar en la conquista de Rodas organizada por el Imperio Otomano, que tuvo como resultado la expulsión de los Caballeros de San Juan de la isla el 1 de enero de 1523. A partir de entonces, hasta 1530, realizó numerosas incursiones en territorios europeos en el Mediterráneo, como Crotona, Mesina, Toscana, Campania, Andalucía, las islas Baleares y Marsella.

En 1531 se encontró con Andrea Doria, al servicio de Carlos I para recapturar Jijel y Peñón, derrotándolo. El mismo año se enfrentó en la Isla Favignana con una flota de la Orden de Malta, a la que venció.

Luego navegó hacia oriente y desembarcó en Calabria y Apulia. De vuelta a Argel asaltó Trípoli, entregada a los Caballeros de San Juan por Carlos I en 1530. En octubre de 1531 atacó de nuevo las costas de España. En 1532, durante la expedición de Solimán I al Imperio Austríaco, Andrea Doria conquistó Koroni, Patras y Lepanto en las costas de Morea, y aunque recapturó las ciudades, Solimán se dio cuenta de la importancia de tener un poderoso almirante de su lado. Llamó entonces a Barbarroja a Estambul, y éste llegó en agosto del mismo año.



A partir de entonces Barbarroja atacó Cerdeña, Bonifacio, Montecristo, Elba y Lampedusa; luego capturó 18 galeras cerca de Mesina y supo por los prisioneros que había capturado que Doria se dirigía a Préveza.

Barbarroja procedió a atacar las costas cercanas de Calabria y luego se dirigió a Préveza, donde la flota de Doria huyó tras una corta batalla, pero sólo cuando el corsario otomano capturó 7 de sus galeras. De su flota de 44 galeras, Barbarroja envió 25 de ellas de vuelta a Argel y se dirigió con las 19 restantes a Estambul, donde llegó en 1533. Allí fue recibido por el sultán Solimán, quien lo nombró Kaptan-ı Derya, es decir Almirante de flota, de la armada otomana y además Baylar Bey, Jefe gobernador, del Norte de África. También se le dio el gobierno de las Sanjak provincias de Rodas, Eubea y Quíos en el mar Egeo.

En febrero de 1538, el papa Pablo III logró formar la Liga Santa, constituida por los Estados Pontificios, España, el Sacro Imperio Romano Germánico, la República de Venecia y la Orden de Malta, contra los otomanos, pero Barbarroja vencería a esta flota combinada al mando de Andrea Doria, en la Batalla de Préveza en septiembre de 1538. Esta victoria aseguró el dominio turco sobre el Mediterráneo por los próximos 33 años, hasta la Batalla de Lepanto en 1571. El 28 de septiembre de 1538, frente a la bahía de Préveza se enfrentaron la flota española al mando de Andrea Doria y la flota otomana al mando del Virrey de Argel y Gran Almirante Khair-ad-Din, más conocido como Barbarroja.

Los turcos además de tener una armada más numerosa, contaban con dos almirantes de la talla de los muy conocidos Barbarroja y Dragut Arraez. La "Liga Santa" estaba tocada de muerte pues Venecia, al ver que el Turco le arrebató el control del Adriático, vital para la Serenísima, se sintió arrepentida por formar parte de la alianza, oficializando retirada y haciéndolo patente a finales de invierno de 1539 pues una vez se hubo retirado, pactó con el enemigo turco. Por otra parte, durante el invierno de 1539 se produjeron otras circunstancias políticas en el entorno internacional, esta vez más favorables para los intereses de Carlos I, como el enfriamiento de la posible alianza entre Francisco I de Francia y el Turco. El César Carlos tenía un respiro, por lo cual pospuso el ambicioso plan inicial de ataque a Estambul. Durante este parón invernal Sarmiento aprovechó para reforzar su posición: acondicionó las defensas de la ciudad, reparó murallas, construyó y reforzó baluartes, sin intentar hacer una fortificación permanente, dado que se trataba simplemente de una cabeza de puente para una futura intervención terrestre mediante un desembarco.

Tras el estudio de la situación y evaluar con sus mandos las posibilidades propias, y para comunicar sus necesidades tanto de refuerzos como de munición, envió al final del invierno al capitán Alcocer a la península ibérica, a Pedro de Sotomayor a Sicilia y al capitán Zambana a Brindisi, sin encontrar respuesta positiva de ninguno de los tres lugares. Igualmente, en la Corte imperial las



noticias eran confusas, por lo que se dificultaba la toma de decisiones. Ello queda reflejado en la correspondencia de Martín de Salinas que el 3 de mayo de 1540 afirmaba «que se tenía por nueva cierta que los venecianos habían suspendido armas con el turco hasta el mes de Julio». El 24 de mayo, expresa «que las negociaciones pendientes se encaminaban a que se incluyera toda la Cristiandad en la tregua con el turco». Y no olvidemos que el 6 de agosto, estando ya próxima la caída de Castelnuovo, Doria dirige una carta al Emperador, en la que dice que no tiene más que 40 galeras que oponer a las 140 y 60 o 70 galeotas bien armadas y provistas del enemigo, que sólo puede hostigar a la armada turca para distraer sus fuerzas, que siguiendo este sistema ha logrado apresar cuatro galeotas vigías de Barbarroja, y que había escrito a Sarmiento previniéndole la realidad de la situación para que hicieran «lo que correspondiera al servicio de Su Majestad y acrecentamiento de sus honras».

Con estos antecedentes, la defensa dependió de unos 4.000 soldados integrados bajo quince banderas, de ellas seis eran del tercio de Florencia, 3 del de Lombardía, 2 del de Nápoles, 1 del de Niza y otras 3 mandadas por los capitanes Machín de Munguía, Juan Pérez de Zambrana y Pedro de Sotomayor, una compañía de ciento cincuenta caballos ligeros albaneses y griegos, de Lázaro Corón, artillería mandada por el capitán Juan de Urrés, con quince artilleros, una partida de 125 aventureros con Andrés Escrúpula y el caballero Jorge, y una exigua fuerza naval compuesta por una fusta, una fragata y tres barcasas. El hospital estaba a cargo de tres frailes de la orden de San Agustín y del médico Bartolomé Romero.



Los mandos eran los siguientes:

1. Maestre de Campo Francisco Sarmiento de Mendoza y Manuel.
2. Machín de Munguía, Antiguo Capitán del Tercio de Málaga, Niza, Garcilaso o Vargas, reformado en 1538. (Tercio de Niza, sucesor del Tercio de Málaga creado en 1536).
3. Luis de Haro, que había sucedido en la Compañía, a Pedro de Vijeja, del Tercio de Málaga.
4. Juan Vizcaíno y Mendoza, compañía formada con reformados del Lombardía en agosto de 1538.
5. Pedro Silva, compañía formada con reformados del Lombardía en 1538.
6. Sancho de Frías, compañía formada con reformados del tercio de Lombardía en 1538.
7. Juan Pérez de Zambrana, nacido en Borgoña, en el Franco Condado, antiguo Capitán del Tercio de Málaga.
8. Luis Cimbrón o Zimbrón, de Ávila. Antiguo capitán del tercio de Málaga y padre de Toribio Cimbrón, que también sería capitán con el duque de Alba en Flandes. Murió durante el sitio de Castelnuovo, haciéndose cargo de la compañía Francisco de Olivera, natural

de Mondéjar en Guadalajara, que cayó prisionero y fue cautivo. Fue de los que consiguió escapar en la galeota turca de la que se apoderó el baezano Juan Periche de Cabrera en 1546.

9. Domingo de Arriarán, Antiguo capitán del "tercio del Reyno" o de Nápoles, reformado disciplinariamente en Lombardía en agosto de 1538. Fue uno de los dos capitanes (el otro fue el conde della Novellara, de Nápoles) cuyas compañías no se disolvieron, al no hallarse culpados en los fraudes reiterados cometidos por los demás capitanes del tercio.

10. Pedro Ruiz Gallego, que sucedió en la compañía a Luis de Alcocer, al obtener éste licencia para regresar a España.

11. Juan Pérez de Bocanegra. Antiguo capitán del tercio de Málaga. Murió el 25 de octubre de 1538 en la primera escaramuza de Castelnuovo y se dio su compañía a Pedro de Sotomayor.

12. Jaime de Marquesa o Marquina, que es citado por algunos como Masquefá, también preso y cautivo, fue otro de los que consiguió escapar con Periche de Cabrera. Parece tratarse del que los textos han interpretado como Marquesa, aunque el nombre que consta es el de Marquina, y que, en ese caso, sería vizcaíno.

Españoles aquellos de una pieza, de hombría superlativa que empequeñece a la pobreza moral e intelectual que actualmente nos consume. Soldados fogueados, baqueteados, batallados y curtidos en los Tercios Viejos, la elite militar de aquella primera parte del siglo XVI, la gloriosa Infantería Española.

El asedio de Castelnuovo culminó con la reconquista otomana de la plaza por parte de Jeireddín Barbarroja, tomada por el tercio viejo de Nápoles el año anterior durante la campaña de la Santa Liga y abandonada después a su suerte

por quienes debían socorrerla. Casi la totalidad de los defensores, soldados españoles de Carlos I, se negaron a rendirse a pesar de estar en franca minoría, por lo que perecerían en el asedio. Esta gesta iguala con creces la de los 300 espartanos de Leónidas en las Termópilas.

Buena parte de Italia era territorio de la Corona Española, con puestos avanzados contra el imperio turco, como Castelnuovo, en la costa Dálmata. En 1538 el Tercio Viejo de Nápoles había tomado la ciudad, el Tercio Viejo de Sarmiento, con algo más de 3500 hombres, fue enviado para defender esta fortaleza en los límites del imperio otomano de la costa adriática.

El tercio no disponía de alimentos frescos, ni de refuerzos. La situación era realmente desesperada. El apoyo más cercano era la Serenísima República de Venecia, pero Carlos I se había negado a ceder esta plaza a los venecianos, y en correspondencia, habían roto la Santa Liga. La defensa de Castelnuovo quedaba por tanto bajo responsabilidad española. Desde el punto de vista estratégico, dada la situación política, Castelnuovo, actual Herceg Novi, quedaba desamparado a su suerte.

LOS PREPARATIVOS TURCOS

A la vista de este panorama el imperio otomano se propone entonces recobrar la plaza. Los turcos estaban muy preocupados por la presencia enemiga dentro de su área de acción, por lo que habían decidido eliminarla cuanto antes, para evitar males mayores.

Durante la parada invernal, el sultán Solimán, con la idea de recuperar Castelnuovo a cualquier precio, ordenó a Barbarroja recomponer y rearmar la flota, para tenerla lista para la primavera de 1539. En esa época, embarcaría 15.000 infantes, más 5.000 jenizaros, unidades de élite del ejército otomano, para lanzarlos contra los defensores de Castelnuovo, disponiendo Barbarroja de unos 20.000 efectivos para bloquear la ciudad desde el mar en una flota de 138 galeras y 70 galeotas impidiendo con ello cualquier refuerzo exterior.

Sumando a esta fuerza las que completando el despliegue del cerco asediarían y atacarían a Castelnuovo por tierra, un total de unos 38.000 soldados aportados por el gobernador turco de Bosnia, el persa llamado Ulamen o Uleman. Es decir, que los turcos movilizando unos 50.000 efectivos para desalojar a menos de 4.000 defensores se encontraban en una proporción de 12 a 1. Unos recursos tan numerosos nos indican el enorme interés turco por eliminar esa posición, sabedor del peligro que suponía su consolidación para los Balcanes.

COMIENZA EL ASEDIO OTOMANO

En junio de 1539, Barbarroja cruzó por la ciudad y puerto de la Belona, hoy conocido como Bellona municipio italiano perteneciente a la provincia de Caserta ubicada en la región de Campania en aquel tiempo integrante del reino de Nápoles, con la esperanza de apoderarse de las naves con las que Juanetín Doria, sobrino de Andrea el Viejo, había socorrido a Castelnuovo, pero no pudo lograrlo, por la rapidez con que realizó éste las maniobras que exigió la descarga de las provisiones y que aseguraban el sustento para un asedio prolongado. Barbarroja decide en primer lugar enviar a Arráz con 36 galeras para ejecutar un reconocimiento de las costas, puertos y golfos e iniciar las operaciones del desembarco.

Los españoles, acaudillados por el burgalés Francisco de Sarmiento, maestre de campo, quedaron abandonados a sus propias fuerzas para resistir el asedio turco, ni Andrea Doria, cuya flota de 47 galeras era cuatro veces inferior a la turca, consideró prudente auxiliarles, pues ello hubiera significado desguarnecer Sicilia y Nápoles, ni la República de Venecia, molesta entonces con España, se dignó acudir en su ayuda.

El primer desembarco se produjo la mañana del 12 de julio de 1539, momento en el que se presentó ante Castelnuovo una avanzadilla de 30 galeras turcas, desembarcando 1.000 soldados para hacer aguada, buscar información y esperar al grueso de la flota. Pero antes del mediodía fueron rechazados por tres compañías al mando del vizcaíno Machín de Monguía y la caballería de Lázaro de Corón. Volvieron a intentarlo de nuevo a la tarde en mayor número, y de nuevo fueron rechazados, dejando sobre el terreno 300 muertos y 30 prisioneros.

Los primeros asaltos resultaron fallidos siendo rechazados una y otra vez. Además, una fuerza española especialista en escaramuzas compuesta por 800 hombres realiza varias salidas para entorpecer el trabajo de los turcos, y en una de ellas toman a los jenizaros

EN EL SIGLO XVI, ESPAÑA DEFENDIÓ EL ADRIÁTICO FRENTE A OTOMANOS Y VENECIANOS, DESTACANDO LA HEROICA RESISTENCIA DEL TERCIO DE SARMIENTO EN CASTELNUOVO (1539) ANTE ABRUMADORA SUPERIORIDAD ENEMIGA

por sorpresa eliminando cientos de ellos. Los tercios combatían en absoluto silencio, con la excepción del grito de "Santiago y cierra España" lanzado al cargar sobre el enemigo.

El día 18 de julio de 1539 llega el resto de la armada turca mandada por su almirante Barbarroja. A los pocos días, también llegó por tierra Ulamen con sus tropas. Para completar el asedio por tierra, se emplazaron 44 piezas de artillería. La batalla se inicia mediante un bloqueo por mar y tierra. Durante cinco días, los turcos posicionan artillería, y cavan trincheras. En esta época los otomanos dan mucha importancia a la fuerza de artillería, llevando la delantera tecnológica que les había permitido tomar Constantino- pla, actual Estambul, aquel triste día para Occidente de 29 de mayo de 1453.

Durante todo este tiempo, como acabamos de mencionar, los españoles no dejaron de acosar al enemigo, causándole constantes bajas en salidas que buscaban y lograban encontrar a los turcos desprevenidos.

Los preparativos del ataque duraron algunos días, pues hasta el 23 de Julio no estuvieron organizadas las tres baterías en que se apoyarían los turcos: una en monte Caballero que domina toda la comarca; la segunda, en el camino de Castelnuovo a Cataro; y la tercera, en la Marina. Así que el día 23 de julio, Barbarroja tiene finalmente su ejército apostado y preparado para el asedio con la artillería emplazada. Todo está perdido, no hay posibilidad de victoria española, ambos bandos lo saben. Sin embargo, la moral turca es muy baja tras las pérdidas iniciales. A partir de este día con el asentamiento de las baterías, comenzó el asedio propiamente dicho, con bombardeo artillero continuo y permanente de las posiciones españolas.

Colocó Barbarroja su tienda con el pendón del gran turco en lo más alto y público del campamento, y con el fuego de las baterías, que arrojaban pelotas de metal de unas 100 libras y piedras de grandes dimensiones, añadido de la ofensiva constante que hacía Sabac, lugarteniente de Barbarroja, desde 10 galeras bien artilladas, creyó Barbarroja que ese mismo día terminaría victorioso con la toma de la ciudad.

Antes del ataque Barbarroja ofreció una rendición honorable a través de uno de sus capitanes quien escribió a Sarmiento pidiéndole que se rindiese y dejase la tierra al Sultán, quien le daría naves para pasar a la Pulla, La Apullia en la península itálica, dándoles vía libre con todo lo suyo y sin ningún daño con promesa de no ser atacado, lo cual sería rechazado.

Continuará en el próximo número.



BETANCURIA: EL PUEBLO PERDIDO ENTRE MONTAÑAS Y SILENCIOS

En el interior de la isla de Fuerteventura, rodeado por un paisaje árido y montañoso que contrasta con la imagen costera más conocida del archipiélago canario, se encuentra el pequeño y emblemático pueblo de Betancuria.



ANTONIO BASCONES

Catedrático de la UCM, Presidente de la Academia de Ciencias Odontológicas de España y Académico correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

Se considera que es el asentamiento más antiguo de la isla y que representa el origen histórico, político y religioso de Fuerteventura, además de ser uno de los lugares con mayor valor patrimonial y cultural del archipiélago. A pesar de su reducido tamaño y población, este pueblo conserva una importancia simbólica enorme, pues fue durante siglos el centro de poder y organización de la isla. Pasera por sus calles y rincones es algo inenarrable y que invita a la espiritualidad.

ORÍGENES Y FUNDACIÓN DE LA ANTIGUA CAPITAL

Betancuria fue fundada en el año 1404 por el conquistador normando Jean de Béthencourt, al servicio de la Corona de Castilla. Su ubicación no fue elegida al azar: se encuentra en un valle protegido por montañas, lo que ofrecía seguridad frente a ataques piratas, una amenaza constante durante la época de la

conquista y los siglos posteriores. Este entorno natural, aunque seco y austero, proporcionaba recursos básicos como agua y tierras cultivables, esenciales para el asentamiento humano en una isla marcada por la escasez.

Durante más de cuatro siglos, Betancuria fue la capital de Fuerteventura, desempeñando un papel central en la administración, la religión y la vida social de la isla. Desde aquí se gobernaban los asuntos políticos y se organizaba la defensa del territorio. Sin embargo, con el paso del tiempo y el crecimiento de otras zonas más accesibles y cercanas a la costa, la capitalidad fue trasladada a Puerto de Cabras, hoy conocida como Puerto del Rosario, lo que marcó el inicio del declive poblacional de Betancuria. Aun así, su legado histórico permanece intacto. Como capital de la isla es un lugar muy apartado de los centros de la política por lo que la ciudad de Rosario es más asequible.

LA IGLESIA DE SANTA MARÍA: SÍMBOLO DE FE Y RESISTENCIA

Uno de los elementos más representativos del pueblo es la Iglesia de Santa María de Betancuria, construida en el siglo XV y considerada uno de los templos más importantes de Canarias. Esta iglesia fue sede del primer obispado de Fuerteventura y Lanzarote, lo que subraya la relevancia religiosa de Betancuria en la historia insular. Aunque fue saqueada y destruida en varias ocasiones por ataques piratas, especialmente el del corsario inglés Henry Morgan en el siglo XVI, siempre fue reconstruida, simbolizando la resistencia y perseverancia de sus habitantes. En su interior se conservan valiosas obras de arte sacro, retablos y esculturas de gran valor histórico. Tallas como San Francisco de Asís, Santiago Apóstol y Cristo crucificado bien merecen una visita cuidada.

UN TRAZADO URBANO DETENIDO EN EL TIEMPO

El trazado urbano de Betancuria es sencillo y tradicional, con calles empedradas, casas blancas de arquitectura canaria y balcones de madera que reflejan la influencia colonial. Pasear por el pueblo



es como viajar al pasado, ya que el ritmo de vida es tranquilo y alejado del turismo masivo que caracteriza a otras zonas de la isla. Este ambiente sereno permite apreciar mejor la esencia del lugar y su estrecha relación con la historia. De cuando en cuando, la vista se recrea en las montañas y en el silencio del entorno. Los pocos turistas que pasean, lo hacen en silencio como cosa obligada para la contemplación.

EL LEGADO PREHISPÁNICO: LOS MAHOS

Otro punto de gran interés cultural es el Museo Arqueológico de Betancuria, donde se exhiben restos y objetos pertenecientes a los antiguos pobladores de la isla, los mahos, pueblo aborigen de Fuerteventura. A través de cerámicas, utensilios y restos óseos, el museo ofrece una visión profunda de la vida antes de la conquista europea. Esta conexión con el pasado prehispánico es fundamental para entender la identidad majorera y el proceso histórico que dio forma a la isla actual.

NATURALEZA PROTEGIDA Y PAISAJE ESPIRITUAL

El entorno natural que rodea Betancuria también es digno de mención. El pueblo

se encuentra dentro del Parque Rural de Betancuria, un espacio protegido que destaca por su riqueza geológica, su flora autóctona y sus paisajes abruptos. Barrancos, montañas y valles conforman un escenario único que invita a la reflexión y al contacto con la naturaleza. A pesar de la escasez de lluvias, la zona alberga especies vegetales adaptadas al clima seco, así como aves endémicas que encuentran refugio en este territorio.

TRADICIONES, ECONOMÍA Y VIDA COMUNITARIA

La economía tradicional de Betancuria ha estado históricamente ligada a la agricultura y la ganadería, especialmente al cultivo de cereales y a la cría de cabras, base de la producción del famoso queso majorero. Aunque hoy en día estas actividades han perdido peso frente al sector servicios y al turismo cultural, siguen formando parte de la identidad del pueblo y de sus costumbres. Las fiestas populares, como las celebraciones en honor a Santa María, mantienen vivas estas tradiciones y fortalecen el sentimiento de comunidad entre los habitantes.

UN MUNICIPIO PEQUEÑO CON UNA GRAN MEMORIA

En la actualidad, Betancuria cuenta con una población muy reducida, lo que lo convierte en uno de los municipios menos poblados de España. Sin embargo, esta realidad no ha impedido que el pueblo conserve su relevancia cultural. Al contrario, su baja densidad de población ha permitido preservar su patrimonio arquitectónico y su entorno natural sin grandes alteraciones. Betancuria se ha convertido en un destino de turismo cultural y patrimonial, visitado por quienes buscan conocer la historia de Fuerteventura más allá de sus playas.

Unos músicos al pie de la iglesia hacen que nuestro paseo será más íntimo.

EL ALMA HISTÓRICA DE FUERTEVENTURA

El valor de Betancuria no reside únicamente en sus monumentos o en su antigüedad, sino también en su capacidad para representar la memoria colectiva de la isla. Es un lugar donde se cruzan la historia indígena, la conquista europea, la religión, la resistencia frente a las adversidades y la adaptación a un medio natural exigente. Cada rincón del pueblo cuenta una historia, desde sus plazas silenciosas hasta los caminos que lo conectan con el resto de la isla.

Betancuria es mucho más que un pequeño pueblo del interior de Fuerteventura. Es el alma histórica de la isla, un testimonio vivo del pasado y un ejemplo de cómo la identidad cultural puede mantenerse a lo largo de los siglos. Su importancia histórica, su patrimonio arquitectónico, su entorno natural y su ambiente tranquilo lo convierten en un lugar único dentro del archipiélago canario. Visitar Betancuria es comprender los orígenes de Fuerteventura y valorar la riqueza cultural que se esconde más allá de sus paisajes costeros. Es, sin duda, un espacio imprescindible para entender la historia y el carácter del pueblo majorero.

Regresamos habiendo dejado en nuestra visita algunos jirones de sentimientos, pequeños retazos de emociones y silencios. La carretera que nos lleva a nuestro lugar, Morro Jable, es peligrosa, estrecha, con vueltas y revueltas, pero de una belleza indescriptible. Un lugar para visitar lentamente dejando que el tiempo se escape de nuestras manos y que sepamos atrapar el entorno cautivador de este pequeño pueblo perdido entre montañas y silencios. ■



CARLOS MATILLA REYES DEL PULGAR

Jurista, académico co. RAJyL de España. Investigador acreditado RAH y CSIC.

Aunque distintos en naturaleza, tanto el libro de la hermana María Francisca Xavier Iriarte Ledesma como el reconocimiento otorgado a la Armada Española comparten un mismo propósito: poner en valor el legado histórico, cultural y moral de figuras e instituciones que han contribuido al desarrollo de nuestra sociedad, recordándonos la importancia de preservar la memoria y aprender de nuestro pasado.



RECOMENDACIÓN CULTURAL: LA FORMACIÓN DE AMÉRICA. CULTURA Y CIVILIZACIÓN

La primera recomendación es la obra **La formación de América. Cultura y civilización**, de la hermana María Francisca Xavier Iriarte Ledesma, filóloga nacida en Buenos Aires y religiosa del Instituto Servidoras del Señor y de la Virgen de Matará. Con una formación académica sólida y una experiencia internacional que incluye Estados Unidos, Taiwán, Argentina, Italia, Egipto, Hong Kong y actualmente Madrid, la autora ofrece una reflexión rigurosa sobre la evangelización de América. El libro, avalado por la Comisión para la Canonización de Isabel la Católica, aborda el proceso de inculturación desde una perspectiva intelectual y lingüística. Destaca cómo las gramáticas y vocabularios en lenguas indígenas fueron herramientas para transmitir la fe y, al mismo tiempo, afirmar la dignidad humana. Además, advierte sobre la manipulación de la historia como instrumento de desarraigo identitario. Como recuerda Hillaire Belloc: “Si cambio la historia te oculto lo que realmente eres; y si no sabes lo que eres, serás lo que yo quiero que seas”. La autora dedica su obra “A todas esas almas magnas que por amor a Dios y al prójimo contribuyeron a la evangelización de América, en su cultura y civilización”, destacando la figura de Isabel la Católica como paradigma de compromiso y liderazgo. Esta lectura se presenta como un enfoque genuino y diferente de la evangelización americana, imprescindible para iniciar 2026 con una perspectiva reflexiva sobre historia, identidad y cultura. ■

RECONOCIMIENTO HISTÓRICO: PREMIO INTERNACIONAL ISABEL DE CASTILLA

La Armada Española ha sido galardonada con el Premio Internacional “Isabel de Castilla, la Reina Católica”, otorgado por el movimiento italiano Croce Reale, en reconocimiento a su prestigio histórico, científico y militar. Este galardón, instituido en 2021, honra el legado moral de Isabel I de Castilla y distingue a instituciones y personalidades comprometidas con la preservación del patrimonio histórico y los valores universales.

Desde su creación, el premio ha celebrado seis ediciones en ciudades de especial significación histórica, distinguiendo a entidades como la Comisión de Beatificación de Isabel la Católica, la Imperial Orden Hispánica de Carlos V, la Academia de la Diplomacia del Reino de España, el Instituto

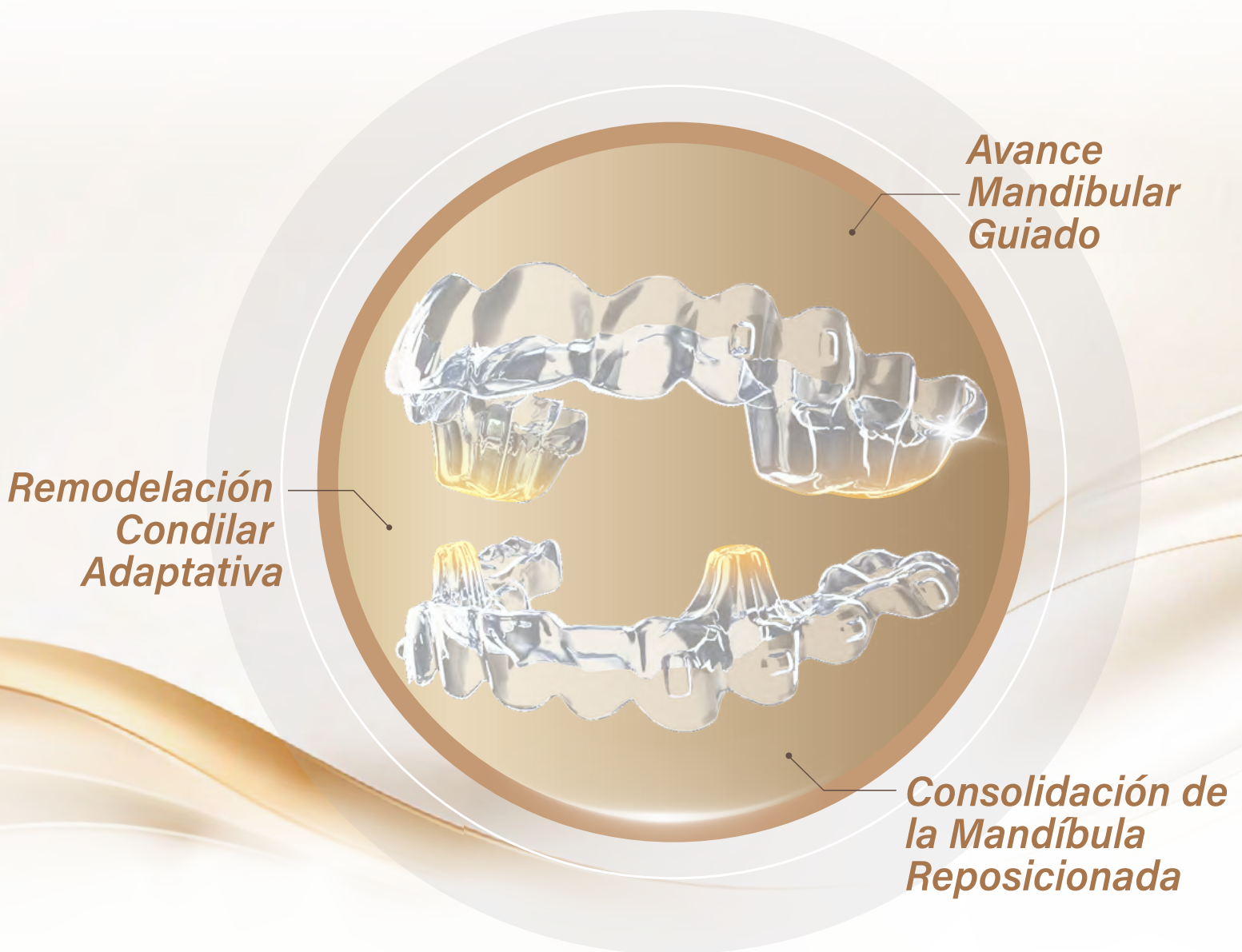
Durántez, Puy du Fou, el Patronato de la Alhambra y el Generalife y la Ciudad de Santa Fe.

En la edición más reciente, celebrada en el Cuarto Real de Santo Domingo, en Granada, la Armada Española estuvo representada por el Ilmo. Sr. D. Ángel Gamboa Herráiz, capitán de Navío y comandante Naval de Almería, quien recibió el premio en reconocimiento a la trayectoria histórica y ética de la institución.

El galardón subraya la importancia de preservar la memoria histórica y los valores universales que conectan generaciones y culturas, reafirmando el papel de la Armada Española como garante del legado histórico y patrimonial del país. ■

Smartee **GS**

S8-SGTB · La tecnología líder para el
**Reposicionamiento de
Avance Mandibular**



20
26

Smartee European Summit

- 📅 18 y 19 de septiembre del 2026
- 📍 Auditòrium de Palma I Mallorca, Spain

Smartee[®]
Clear Aligners

LA NUEVA ESTRELLA DE LA SONRISA

OFERTA
SU 1^{ERA} CORONA EN
ZIRCONIO
MONOLITICO
con el código MONO26

**CORONA
ZIRCONIO
MONOLITICO**

59€

**DESCUBRE
NUESTRO CATÁLOGO
EN LINEA**



LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTAL

Licencia sanitaria FMD650CAT

932 504 795 | sivpdental.es

20
20 AÑOS
DE EXPERIENCIA