

CUADERNO **01**

El miedo que vacía la agenda

Cuánta gente teme al dentista, qué teme exactamente, y qué le cuesta ese miedo a tu clínica.

La mitad de tus pacientes entra con miedo

50%

siente miedo en el dentista al menos a veces

Solo la otra mitad declara no sentirlo nunca o casi nunca. El miedo no es una excepción: es la norma silenciosa de la sala de espera.

50%
NUNCA O CASI NUNCA

30%
ALGUNAS VECES

12%
MAYORÍA

8%
SIEMPRE

“¿Sientes miedo cuando vas al dentista?”

1 de cada 5 lo siente la mayoría de las veces o siempre

NERVIOS , NO SOLO MIEDO

70%

siente **nervios** al menos a veces antes o durante la cita. La tranquilidad plena es minoría.

AGENDA PERDIDA

22%

afirma que iría con **más frecuencia** al dentista si no fuese por el miedo.

→ TAMBIEN ESTO

*Ese miedo se puede **detectar** antes de que el paciente entre al gabinete: existe una escala validada —la MDAS— y una puntuación de **13 o más** ya señala a un paciente ansioso. Cabe enterar en el cuestionario de primera visita.*

En profundidad — Anatomía del miedo dental: de la emoción al abandono

Miedo, ansiedad y fobia: tres cosas distintas.

Conviene empezar por una distinción que la práctica diaria tiende a fundir en una sola palabra. El miedo es una respuesta a una amenaza presente e identificable —la aguja que se acerca—; la ansiedad es anticipatoria, se dispara ante lo que aún no ha ocurrido y a menudo ni siquiera ocurrirá —la víspera de la cita, la sala de espera—; y la fobia es una condición clínica, con entidad diagnóstica propia en el DSM-5 como fobia específica, que implica un miedo desproporcionado, persistente y que interfiere de forma significativa en la vida de la persona. La distinción no es académica. El paciente meramente aprensivo se maneja con las herramientas conductuales de esta colección; el fóbico severo puede requerir una unidad especializada. Confundir uno con otro lleva a dos errores simétricos: tratar como capricho lo que es una condición, o derivar como patología lo que se resolvía con cinco minutos de conversación. Buena parte del arte clínico está en situar a cada paciente en el punto correcto de ese continuo —de la inquietud leve a la fobia

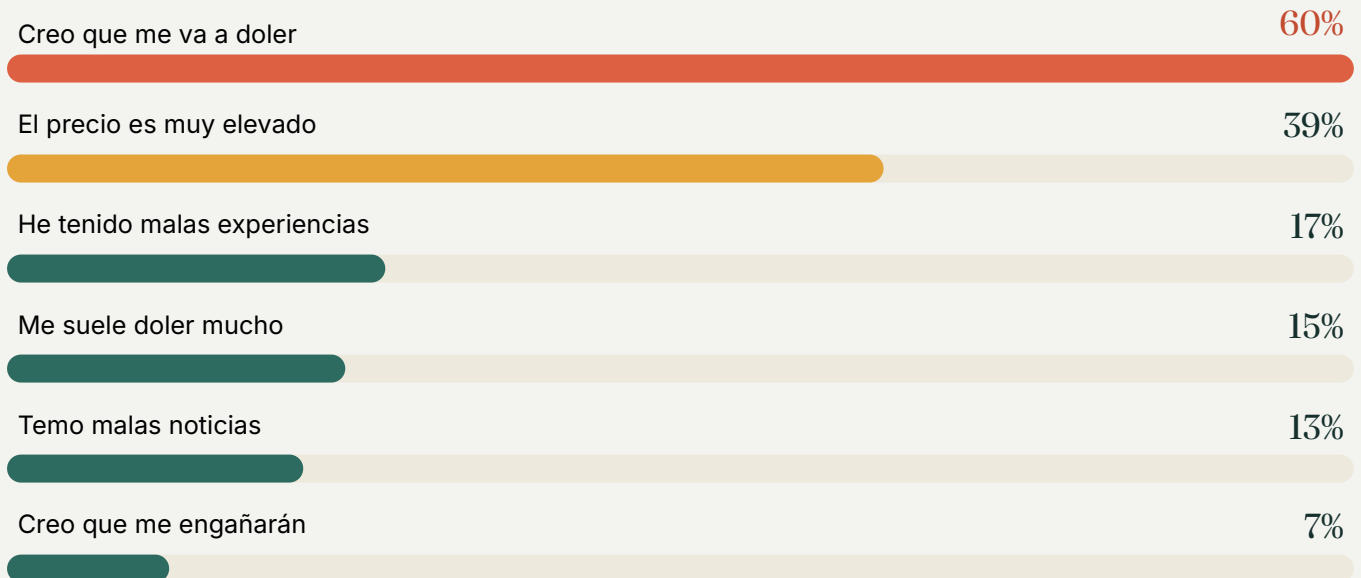
franca— antes de decidir qué técnica emplear. Este primer cuaderno es, en el fondo, un ejercicio de diagnóstico: entender qué es exactamente lo que tenemos delante.

Cuánto miedo hay, de verdad.

Las cifras sorprenden incluso a quien vive de esto. Un metaanálisis reciente estimó la prevalencia global del miedo y la ansiedad dentales en el adulto en torno al 15,3 %, con un 12,4 % de miedo alto y un 3,3 % de miedo severo; y todos los estudios coinciden en que la cifra es mayor en mujeres y en adultos jóvenes. En la infancia el panorama es aún más llamativo: la prevalencia agrupada entre los 2 y los 6 años ronda el 30 %. Pero el dato más instructivo no es un porcentaje, sino su dispersión: según el instrumento de medida, la cultura y la definición empleada, las estimaciones oscilan entre menos del 5 % y casi la totalidad de la muestra. Esa horquilla enorme enseña dos cosas. Primera, que el miedo dental es un fenómeno de definición, no solo de conteo: medimos

No es miedo al dentista Es miedo al dolor

Cuando se pregunta por qué aparecen el miedo o los nervios, una respuesta domina sobre todas las demás — muy por encima incluso del precio.



“ Si juntamos “creo que me dolerá” y “me suele doler mucho”, el dolor — real o anticipado— es el verdadero motor del miedo dental.

→ EL HALLAZGO QUE LO CAMBIA TODO

*El miedo no solo **anticipa** el dolor: lo **amplifica**. Ante el mismo pinchazo, un paciente con miedo lo puntúa más alto que uno tranquilo —un 5 frente a un 3—. Por eso tratar el miedo y tratar el dolor no son dos tareas: son la misma.*

ANESTHESIA PROGRESS · ECA BENZOCAÍNA 20% · LO DESARROLLAREMOS EN EL Nº 08

lo que preguntamos. Segunda, que la mayoría de las consultas subestiman su prevalencia real, porque el paciente muy ansioso a menudo no acude —no aparece en las estadísticas de quien sí se sienta en el sillón—. Es el paciente invisible: el que llena las cifras de abandono precisamente por no llenar la agenda.

Cómo se aprende el miedo: las vías de Rachman.

El miedo dental casi nunca es innato; se aprende, y Rachman describió tres vías por las que se adquiere. La primera es el condicionamiento directo: una experiencia dolorosa o humillante en el sillón que queda asociada, de por vida, al entorno dental. La segunda es el aprendizaje vicario: el niño que observa la cara tensa de su padre en la sala de espera, o al hermano que sale llorando, aprende a temer sin haber sufrido nada él mismo. La tercera es la

vía informativa o de transmisión negativa: los relatos de terror, las advertencias («pórtate bien o el dentista...»), la cultura popular que presenta la consulta como cámara de tortura. Un matiz importante y clínicamente útil: no todo miedo procede de un trauma directo. Muchos pacientes muy ansiosos no recuerdan ninguna experiencia dolorosa concreta, y a la inversa, muchos que han pasado por procedimientos molestos no desarrollan fobia. Esto ya sugiere que la historia de condicionamiento no lo explica todo —y abre la puerta al modelo que veremos a continuación—.

El modelo de vulnerabilidad cognitiva de Armfield.

Frente a la idea de que el miedo es sobre todo cuestión de malas experiencias acumuladas, Armfield propuso en 2006 el Modelo de Vulnerabilidad Cognitiva, que

Casi nadie nace con miedo. Se aprende — y pronto

El miedo dental rara vez es innato: se instala en la infancia, con la primera visita. Y en España esa primera visita llega tarde — casi cinco años tarde.



Solo el 14 % lleva a su hijo al dentista antes del primer año, como recomienda la Sociedad Española de Odontopediatría.

LA BOCA YA DUELE

79%

ha tenido caries —y el 52 % de sus hijos también—. Muchas primeras visitas llegan cuando ya hay dolor.

EL MIEDO SE CUENTA

6%

teme por malas experiencias de su entorno: el relato de la familia siembra el miedo antes de la primera cita.

→ LA VISITA QUE LO DECIDE TODO

*Una primera experiencia **sin dolor** puede ahorrar décadas de miedo. El paciente más pequeño tiene cuaderno propio — el Nº 11.*

desplaza el foco de lo que le ha pasado al paciente a cómo percibe el estímulo. Según este modelo, el miedo se dispara cuando el paciente percibe una situación como incontrolable, impredecible, peligrosa y repugnante. Cuantas más de estas cuatro percepciones se activan, mayor es el miedo, con relativa independencia de si hubo o no un trauma previo. La potencia clínica de este modelo es enorme, porque las percepciones son modificables mientras que la historia pasada no lo es. No se puede borrar una mala experiencia infantil, pero sí se puede hacer que el procedimiento se perciba como controlable —con la señal de «para», predecible —anticipando cada paso—, no peligroso —con un entorno y un discurso que desactiven la alarma— y no repugnante. Dicho de otro modo: casi todo lo que hace esta colección de cuadernos actúa, en realidad, sobre esas cuatro percepciones. El modelo de Armfield es el mapa teórico de la intervención.

El círculo vicioso de Berggren y Meynert

El miedo dental tiene una propiedad que lo hace especialmente dañino: se retroalimenta. Berggren y Meynert describieron el círculo vicioso que Armfield revisó y confirmó años después. Empieza con la evitación: el paciente aplaza, cancela, no acude. La boca se deteriora sin supervisión. Cuando por fin acude, casi siempre es por una urgencia —dolor agudo, un absceso—, de modo que el tratamiento es más invasivo, más largo y más traumático

de lo que habría sido una revisión a tiempo.

Esa experiencia refuerza el miedo, que empuja a evitar todavía más, y el ciclo se cierra a un nivel peor. A esta espiral se añade un componente emocional que la investigación reciente ha subrayado: la vergüenza. El paciente que ha descuidado su boca durante años siente pudor por su estado, y ese pudor —el miedo al juicio del profesional— se suma al miedo al dolor y alimenta también la evitación. Comprender el círculo como un sistema, y no como un rasgo fijo del paciente, es lo que permite intervenir: un círculo se puede romper por cualquiera de sus puntos, y el más accesible es la propia experiencia en el sillón.

El miedo no es solo psicológico: amplifica el dolor

Un error frecuente es tratar el miedo como un asunto de confort o de trato, separado de la clínica dura. La neurobiología dice lo contrario: el miedo y el dolor comparten circuitos, y la ansiedad modula la nocicepción. El mismo estímulo —la misma punción— se siente más intenso en un paciente ansioso, no porque exagere, sino porque su sistema nervioso está amplificando la señal. La ansiedad anticipatoria, la hipervigilancia que fija la atención en la amenaza y la tensión muscular del cuerpo en alerta suben, cada una por su vía, el volumen del dolor percibido. Este punto —que desarrolla en profundidad

El miedo no se queda en la sala de espera

TRATAMIENTO APLAZADO

35%

está posponiendo un tratamiento que necesita. El miedo se suma al coste como freno para sentarse en el sillón.

PRIMER MOTIVO DE ABANDONO · 2024

29%

cambia de clínica por una mala experiencia. Es hoy la causa nº 1 y crece 7 puntos respecto a 2023.

El círculo del miedo



- 1 **Evita la consulta.** Espacia o cancela las citas; deja de venir "por si acaso".
- 2 **El problema avanza.** Lo que era una revisión se convierte en una urgencia.
- 3 **Más tratamiento, más dolor.** La intervención es mayor... y confirma su miedo para la próxima vez.

→ CÓMO SE ROMPE EL CÍRCULO

Por donde empieza: por la primera conversación. Hablar del miedo —antes de tocar al paciente— ya reduce la ansiedad de forma medible. Es la herramienta más barata de la consulta, y de ella trata el próximo cuaderno.

el cuaderno Nº 8— cambia el estatus de todo lo demás: gestionar el miedo no es cortesía añadida a la técnica, es parte de la analgesia. Y a la inversa, un procedimiento indoloro no solo evita sufrimiento hoy, sino que desactiva el miedo de mañana. La consecuencia es que la dimensión emocional y la dimensión física del tratamiento no son dos departamentos separados: son dos palancas sobre el mismo mecanismo.

Medir el miedo: de la DAS a las escalas modernas

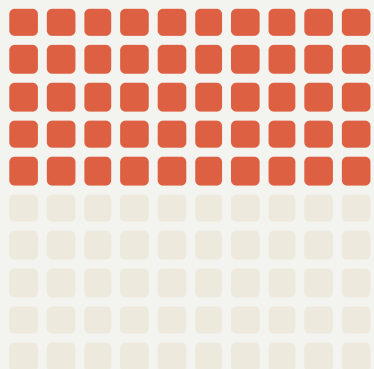
Lo que no se mide se gestiona a ciegas, y el miedo dental se mide bien. Corah introdujo en los años sesenta la Dental Anxiety Scale (DAS), que Humphris modernizó en la Modified Dental Anxiety Scale (MDAS), hoy uno de los instrumentos más usados: cinco preguntas, un minuto, un número entre 5 y 25 que sitúa al paciente y detecta el umbral de fobia. Existen además la Dental Fear Survey, más detallada; escalas de ítem único como la Dental Anxiety Question, útiles para el cribado rápido; y herramientas más recientes como la IDAF-4C, que distingue componentes emocional, conductual, cognitivo y fisiológico. Incorporar una de estas escalas a la primera visita —incluso la más breve— aporta tres ventajas

concretas: identifica al paciente ansioso antes de que la tensión estalle en el sillón, orienta la intensidad del manejo que necesitará y ofrece una línea de base para comprobar si mejora con el tiempo. Un número en la ficha no sustituye al ojo clínico, pero lo enfoca: convierte una impresión difusa en un dato accionable, y permite triar a quién basta con acompañar y a quién conviene derivar.

Los disparadores concretos.

El miedo dental rara vez es difuso; suele organizarse en torno a disparadores identificables, y conocerlos permite anticiparlos. La aguja encabeza casi todas las listas: la anestesia local es lo que más ansiedad genera en toda la consulta, por la pérdida de control, la anticipación y la idea heredada de que «esto va a doler». El zumbido agudo de la turbina es un segundo disparador clásico, un sonido condicionado a mil experiencias previas. Les siguen la sensación de ahogo o náusea, el olor característico de la consulta —que alcanza la amígdala por una vía casi directa—, la posición supina que vulnerabiliza, y el dolor recordado de visitas anteriores. Hay además un disparador que a menudo se pasa por alto: la vergüenza por el estado de la boca y el miedo al juicio. Mapear qué dispara el miedo de cada paciente concreto —

Por cada 100 pacientes que cruzan tu puerta...



22

vendrían más a menudo si no fuese por ese miedo.

35

están aplazando un tratamiento que necesitan.

29

se irían a otra clínica tras una sola mala experiencia.

...50 entran con algo de miedo.

→ LA BUENA NOTICIA

No son cifras de marketing: son tu sala de espera. Y casi todas *se pueden mover*—no con descuentos, sino con trato y con dolor controlado.

preguntándolo abiertamente— no es un trámite empático, sino información clínica: permite construir una jerarquía y atacar primero lo que más asusta, en lugar de tratar el miedo como un bloque indiferenciado.

Quién teme más: sexo, edad y cultura.

El miedo dental no se reparte por igual. Los datos son consistentes en que las mujeres puntúan más alto que los hombres en los instrumentos de ansiedad dental, y en que los adultos jóvenes temen más que los mayores—un patrón que probablemente refleja tanto diferencias reales como sesgos de expresión y de acceso—. La cultura pesa: la enorme dispersión de las cifras internacionales se explica en parte por diferencias culturales en cómo se experimenta y se declara el miedo, y en parte por el instrumento de medida empleado. El nivel socioeconómico y el patrón de visita también intervienen: quien acude con regularidad tiende a temer menos, en un efecto probablemente bidireccional. Para la consulta, la lección práctica no es estereotipar—no todas las mujeres jóvenes son ansiosas ni todos los hombres mayores serenos—, sino recordar que las medias poblacionales esconden mucha variabilidad individual, y que el único dato fiable es el del paciente que se tiene delante, medido con una escala y explorado con una pregunta directa.

El coste invisible: la agenda que se vacía.

Aquí el miedo deja de ser un problema clínico para convertirse también en un problema de gestión. La evitación tiene una traducción económica directa: citas que se aplazan, ausencias de última hora difíciles de rellenar, pacientes que solo acuden cuando el dolor los obliga y desaparecen en cuanto remite. Cada una de esas conductas es un hueco en la agenda, y los huecos no se ven en ninguna estadística: no aparecen porque

el paciente, sencillamente, no está. Una consulta puede estar perdiendo una fracción considerable de su potencial sin registrarlo en ningún indicador, porque lo que falta es invisible por definición. El miedo, así, funciona como una fuga silenciosa en la cuenta de resultados. Y tiene un efecto de segundo orden: el paciente ansioso que tuvo una mala experiencia no solo no vuelve, sino que lo cuenta, y el boca a boca negativo pesa más que el positivo. La agenda vacía del primer cuaderno no es una metáfora: es el resultado agregado, paciente a paciente, de un miedo que nadie gestionó a tiempo.

El coste clínico y de salud pública

Más allá de la agenda, la evitación tiene un coste sanitario que trasciende a la clínica individual. El paciente que no acude ve empeorar su salud bucal: caries que progresan, enfermedad periodontal que avanza, dientes que se pierden y podrían haberse salvado. La consecuencia es más extracciones, más urgencias, más tratamientos complejos y una peor calidad de vida relacionada con la salud oral, medible con instrumentos validados. El miedo dental es, en este sentido, un determinante de salud, no un mero inconveniente: contribuye a las desigualdades en salud bucodental, porque se concentra en quienes menos acceso y menos recursos tienen para afrontarlo. Verlo así reencuadra la intervención sobre el miedo: reducirlo no es solo mejorar la experiencia de un cliente, es una acción de salud pública que evita deterioro, sufrimiento y gasto sanitario aguas abajo. La consulta que trata el miedo hace, sin proponérselo, prevención de segundo orden.

La buena noticia: el miedo es tratable

Todo lo anterior podría leerse como un diagnóstico sombrío, pero la conclusión es justamente la contraria:

El buen trato llena la agenda

43%

El trato amable y cercano es el motivo nº 1 para elegir clínica

Por delante de la cercanía (35%), la recomendación (31%) o el precio. La experiencia humana decide más que cualquier folleto.



- 1 **Trato cuidado y dolor controlado.** La cita no confirma el miedo: lo desmiente.
- 2 **Buena experiencia.** Vuelve sin que haya que insistir; mantiene sus revisiones.
- 3 **Recomienda.** El boca a boca pesa hasta 3× más que una reseña en Google.



Todo esto tiene un nombre: confianza. Y no es un intangible — se mide, y predice que el paciente vuelva—. Las clínicas que la cuidan ya lo notan: los que se van por un trato “frío y distante” han caído del 18% al 6% en un año.

el miedo dental es uno de los problemas más tratables de la consulta. La evidencia respalda un abanico de intervenciones psicológicas y conductuales —terapia cognitivo-conductual, exposición graduada, técnicas de relajación y respiración, iatrosedación— que reducen la ansiedad de forma medible. Y la mayoría de los pacientes se resuelve en la base de la pirámide del manejo: con la conducta del clínico, el control del dolor y la palabra, sin necesidad de escalar a la sedación farmacológica o al quirófano, reservados para una minoría. Esto es lo que separa esta colección de un simple catálogo de buenas intenciones: cada técnica que sigue tiene fundamento y efecto demostrable. El miedo se aprende, se mide y se puede desaparecer. Para la fracción con fobia severa —esa minoría real— el paso responsable es reconocerla y derivar a una unidad especializada; para la gran mayoría, las herramientas están al alcance de cualquier equipo, sin formación extra costosa y sin alargar la cita.

Genética, temperamento y personalidad.

Si el miedo dental se aprende, ¿por qué dos personas con historias parecidas responden de forma tan distinta? Parte de la respuesta está en el terreno previo al aprendizaje. Los estudios con gemelos sugieren un componente hereditario en la ansiedad dental, con estimaciones

que sitúan alrededor de un tercio de la variabilidad en factores genéticos. A ello se suman rasgos de temperamento y personalidad: la inhibición conductual en la infancia —la tendencia del niño a retraerse ante lo nuevo—, el neuroticismo como rasgo estable y la sensibilidad a la ansiedad, esto es, la propensión a interpretar como peligrosas las propias sensaciones corporales. Un paciente con estos rasgos parte con una vulnerabilidad de base sobre la que cualquier experiencia negativa prende con más facilidad. Ahora bien, conviene no leer esto como determinismo: la heredabilidad no es destino. El temperamento predispone, pero el aprendizaje y el entorno siguen siendo decisivos, y las percepciones modificables del modelo de Armfield —control, previsibilidad, peligro, repugnancia— operan con independencia de la carga temperamental. Saber que un paciente es constitucionalmente aprensivo no obliga a rendirse; obliga a ser más cuidadoso con las palancas que sí se pueden mover.

El recuerdo que perpetúa el miedo.

El miedo dental se sostiene, en buena parte, sobre la memoria, y la memoria del dolor no es una grabación fiel sino una reconstrucción. La investigación muestra que las emociones negativas asociadas a un procedimiento

Lo que creíamos del paciente con miedo

Cuatro ideas muy extendidas en el gabinete — y lo que dice la evidencia.

1

MITO “El miedo es cosa de unos pocos pacientes raros.”

REALIDAD La **mitad** de la población lo siente al menos a veces. Es la norma silenciosa, no la excepción.

2

MITO “Es irracional: no se puede hacer gran cosa.”

REALIDAD Se **mide** —con la escala MDAS— y se reduce con técnicas concretas de comunicación y manejo.

3

MITO “Cuanta más prisa, menos lo sufre.”

REALIDAD Perder el control aumenta el miedo. Avisar, explicar y pactar pausas lo baja.

4

MITO “El miedo y el dolor son cosas separadas.”

REALIDAD El miedo amplifica el dolor: el mismo estímulo se siente más intenso en un paciente ansioso.

→ UNO A UNO

Cada mito tiene su cuaderno: los desmontamos, con método y evidencia, en los números que vienen.

predicen el dolor recordado mejor que el dolor realmente experimentado: un paciente puede recordar como insoportable una intervención que, medida en el momento, fue moderada. Ese recuerdo distorsionado se convierte en la semilla de la ansiedad anticipatoria de la próxima cita, que a su vez amplifica el dolor real —cerrando el bucle—. Las experiencias dentales aversivas, además, pueden grabarse con una viveza desproporcionada, casi intrusiva, propia de los recuerdos con fuerte carga emocional. Esta maleabilidad del recuerdo tiene una lectura pesimista y otra optimista. La pesimista: un mal momento puede pesar durante años más que su duración real. La optimista, y clínicamente más útil: si el recuerdo se puede distorsionar a peor, también se puede orientar a mejor. Como veremos en el cuaderno N° 12, cómo termina una cita reescribe el recuerdo de toda ella. La memoria no es solo el mecanismo que perpetúa el miedo; es también una de las palancas para desmontarlo.

El miedo del otro lado del sillón.

El miedo no es exclusivo del paciente. Atender a personas muy ansiosas es una fuente reconocida de estrés profesional, y figura entre los factores que contribuyen al desgaste y al agotamiento del equipo dental. El paciente que llora, que se tensa, que cancela o que cuestiona cada paso somete al clínico a una carga emocional que, sostenida en el tiempo, pasa factura. Y hay un efecto de ida y vuelta que conviene tener presente: la tensión del profesional no se queda en el profesional. Por contagio

emocional, un clínico tenso o apresurado transmite su estado al paciente, que lo capta aunque no sepa por qué. Un equipo nervioso fabrica pacientes nerviosos, del mismo modo que un equipo sereno los tranquiliza. La consecuencia práctica invierte el orden habitual: cuidar al paciente con miedo empieza, en realidad, por cuidar al equipo, porque solo un profesional regulado transmite calma. Reconocer el propio estrés —y dotarse de estrategias para gestionarlo— no es una cuestión de bienestar laboral ajena a la clínica: es parte del tratamiento del miedo del paciente, porque la calma, como el miedo, es contagiosa.

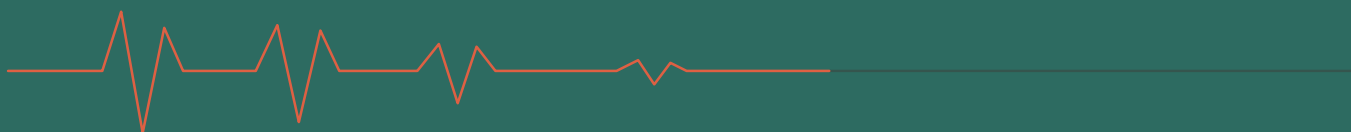
De la evidencia a la conducta: el mapa de la colección.

Este primer cuaderno diagnostica; los doce siguientes tratan. La lógica del recorrido es acumulativa y deliberada. Primero, los cimientos de la relación: la confianza (N° 2) y la iatrosedación, la sedación que se habla (N° 3). Después, el entorno como primera intervención (N° 4). Luego, las técnicas de comunicación que devuelven control y previsibilidad: decir-mostrar-hacer (N° 5), las palabras que curan (N° 6) y el cuerpo que tranquiliza (N° 7). A continuación, la bisagra clínica que justifica todo lo anterior: el miedo amplifica el dolor (N° 8). Sobre esa base entra la herramienta farmacológica —la anestesia tópica (N° 9)— y su aplicación en el procedimiento más frecuente, la limpieza (N° 10). Los últimos cuadernos amplían el foco: el paciente pediátrico, donde el miedo se previene o se siembra (N° 11); el recorrido completo del



El miedo **vacía** la agenda. La confianza y el **control del dolor** la **llenan**.

Lo hemos visto en los datos: el miedo es, sobre todo, miedo al dolor, y reduce las visitas, retrasa los tratamientos y dispara los abandonos. Pero su contrario también es medible — el trato humano es la primera razón para elegir y para quedarse. Estos cuadernos recorren, paso a paso, cómo construir esa consulta sin miedo: desde la primera palabra hasta el último gesto.



De la ansiedad a la calma: ese es, en una sola línea, el recorrido de estos trece cuadernos.

El método completo, cuaderno a cuaderno

Trece cuadernos. Un método.

Uno en tu buzón cada mes. Este es el camino completo —del primer miedo a la última recomendación—, en cinco etapas.

— ETAPA I · E L PROBLEMA Y SUS CIMIENTOS

01 El miedo amplifica el dolor. La prueba de que ansiedad y dolor son una sola cosa. **ESTÁS AQUÍ**

02 La confianza no se improvisa. El cimiento de todo —y cómo se mide.

— ETAPA II · TRANQUILIZAR ANTES DE TOCAR

03 Curar con la palabra: la iatrosedación. La entrevista que baja la ansiedad sin fármacos.

04 La consulta que tranquiliza. Olor, luz y sonido: la cita empieza en la puerta.

05 Decir, mostrar, hacer. La técnica que devuelve el control al paciente.

— ETAPA III · LA COMUNICACIÓN QUE CURA

06 Las palabras que duelen y las que curan. El glosario que cambia la experiencia sin cambiar el tratamiento.

07 El cuerpo también habla. Mirada, manos y el papel del equipo mientras trabajas.

— ETAPA IV · EL DOLOR, DE FRENTE

08 El miedo amplifica el dolor. La prueba de que ansiedad y dolor son una sola cosa.

09 La anestesia tópica. La herramienta que rompe el "dentista = dolor".

10 La limpieza sin dolor. El tratamiento más común, como mejor desensibilización.

— ETAPA V · INTEGRAR Y FIDELIZAR

11 El paciente más pequeño. La primera visita que marca toda una vida.

12 El recorrido del paciente sin miedo. El protocolo completo, de la llamada al alta.

13 Del miedo a la fidelidad. Cómo el buen trato se convierte en recomendación.

**Recíbelos
todos**

Un cuaderno al mes, en tu clínica.
Solicítala en tu depósito habitual o a tu
delegado de Clarben, y no te pierdas
ningún número.



Pon a prueba lo que has leído

1. ¿Qué proporción de la población siente miedo al dentista al menos a veces?

- ☐ A 1 de cada 10
- ☐ B 1 de cada 4
- ☐ C 1 de cada 2
- ☐ D 9 de cada 10

2. ¿Cuál es el motivo más citado del miedo o los nervios en la consulta?

- ☐ A El precio
- ☐ B Creer que va a doler
- ☐ C Recibir malas noticias
- ☐ D La desconfianza

3. ¿Qué porcentaje afirma que iría más al dentista si no fuese por el miedo?

- ☐ A 5%
- ☐ B 12%
- ☐ C 22%
- ☐ D 40%

4. ¿Cuál es hoy el primer motivo para cambiar de clínica dental?

- ☐ A El precio
- ☐ B El cambio de domicilio
- ☐ C Una mala experiencia
- ☐ D Los horarios

5. ¿Y el primer motivo para elegir una clínica dental?

- ☐ A La cercanía a casa
- ☐ B El trato amable y cercano
- ☐ C El precio
- ☐ D Las reseñas de Google

6. La relación entre el miedo y el dolor que siente el paciente es que...

- ☐ A No tienen relación
- ☐ B Se retroalimentan
- ☐ C Solo afecta a niños
- ☐ D Desaparece con la edad

SOLUCIONES 1·C 2·B 3·C 4·C 5·B 6·B

Tres ideas de este cuaderno

- 1 El miedo dental es **masivo**: 1 de cada 2 pacientes lo siente, y 1 de cada 5 iría más a menudo sin él.
- 2 Es, antes que nada, **miedo al dolor**: la anticipación del dolor encabeza todas las causas.
- 3 Tiene cura comercial: el **buen trato y el dolor controlado** son la primera razón para elegir clínica y quedarse.

PRÓXIMO CUADERNO

La confianza no se improvisa

02

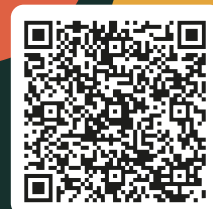
→ AVANCE

La confianza no es el premio de una buena cita: es su requisito previo. Se puede medir — existe la Dental Trust Scale— y predice algo muy concreto: que el paciente vuelva. Empezaremos por ahí.

SOBRE ESTOS CUADERNOS

Una colección formativa de **Hurricane · Clarben** sobre la relación con el paciente y el manejo del miedo dental. Pensados para leerse en cinco minutos y aplicarse al día siguiente —doce números, uno al mes, con la evidencia detrás de cada idea.

Gratis,
un número al mes
en tu clínica



*Inscríbete en el QR
para recibir todos los cuadernos*

BIBLIOGRAFÍA DE SOPORTE DE ESTE CUADERNO

Barómetro de la Salud Bucodental en España 20 24 · Institutos Odontológicos (3.444 entrevistas) · Avramova N. Dental Fear, Anxiety and Phobia. J Mind Med Sci 20 23 · Yuan S. et al. Patient trust in dentistry. Br Dent J 20 23 · Mayor-Subirana G. et al. Anesthetic efficacy of Oraqix® vs Hurricane® and placebo. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 20 14.