

CUADERNO **02**

La confianza no se improvisa

El cimiento invisible de la relación con el paciente: qué es de verdad, por qué lo decide todo y cómo se construye desde el primer minuto antes de tocar la boca.

La confianza no se gana al final. Se gana al principio

Solemos pensar que la confianza es la recompensa de un buen tratamiento. Es al revés: es el requisito para que el paciente se siente, abra la boca y vuelva. Y no es un intangible — se mide.

CONFIANZA GANADA

43%

elige clínica por el trato amable y cercano: el primer motivo, por delante del precio o la cercanía.

CONFIANZA ROTA

29%

se marcha tras una mala experiencia: hoy, el primer motivo de abandono — y va en aumento.

“La confianza del paciente *se puede medir* —con escalas como la *Dental Trust Scale*— y predice algo muy concreto: que comunique mejor, que se angustie menos y que *vuelva*.”

En profundidad — La arquitectura de la confianza clínica

Confianza: una decisión bajo incertidumbre.

En la literatura sobre relaciones profesionales, la confianza tiene una definición precisa: la disposición de una parte a hacerse vulnerable ante otra cuyas acciones no puede controlar ni vigilar (Mayer, Davis y Schoorman, 1995). Esa definición describe con exactitud lo que hace un paciente cuando se reclina en el sillón: se tumba, cierra los ojos, se calla y entrega su boca a unas manos cuyo trabajo no puede supervisar. El mismo modelo identifica tres pilares sobre los que se apoya esa disposición: la capacidad (que el profesional sepa lo que hace), la benevolencia (que le importe el bienestar del paciente) y la integridad (que actúe conforme a principios). Los tres deben percibirse a la vez; la falta de cualquiera derrumba la confianza. Y hay un rasgo que hace la odontología especialmente dependiente de este mecanismo: pertenece a lo que la economía llama bienes de credibilidad, aquellos cuya calidad el cliente no puede evaluar del todo ni antes ni después del servicio. El paciente no está en condiciones de juzgar si la endodoncia se hizo bien; solo puede confiar en que así fue. La confianza no es, por tanto, un adorno de la relación: es el sustituto racional de un juicio técnico que el paciente no puede emitir.

Por qué el paciente no puede juzgar tu competencia.

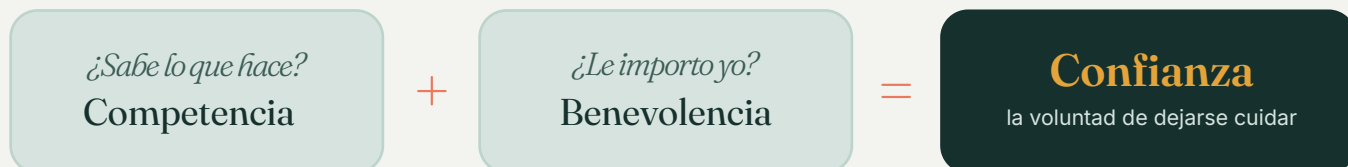
De lo anterior se sigue una paradoja central. La variable que más querría evaluar el paciente —la competencia clínica— es justo la que no puede percibir directamente. Así que la deduce de lo único que sí percibe: cómo se le habla, cómo se le mira, cómo se le trata. La calidez se convierte, de este modo, en la cara visible de la competencia; el paciente infiere que sabe quien demuestra que le importa. Esto explica dos modos de fracaso simétricos y frecuentes. En el primero, el profesional es técnicamente impecable pero frío: el trabajo es excelente, pero el paciente duda de que le importe, no se siente cuidado y no vuelve. En el segundo, el profesional es cercano pero transmite inseguridad: el paciente percibe el afecto pero duda de la pericia, y la simpatía sola no sostiene la confianza. La conclusión práctica es incómoda para quien confía solo en su destreza clínica: la competencia que no se comunica no existe para el paciente. Hacen falta las dos cosas a la vez, y ambas —esta es la buena noticia— se apoyan en componentes entrenables.

La alianza terapéutica.

El concepto que mejor sostiene teóricamente esta relación procede de la psicoterapia: la alianza de trabajo descrita por Bordin, con tres componentes —un vínculo afectivo,

Confianza es aceptar ser vulnerable... y esperar cuidado

El paciente se tumba, se calla y se entrega. Solo lo hace si cree dos cosas a la vez: que sabes y que le importas.



*La confianza del paciente **se puede medir** —con escalas como la **Dental Trust Scale**— y predice algo muy concreto: que comunique mejor, que se angustie menos y que **vuelva**.*

Por eso se pierde de dos maneras — y las dos cuestan el paciente:

FALLO 1 · COMPETENTE, PERO FRÍO

Tu trabajo es impecable, pero el paciente duda de que le importes. No vuelve: no se sintió cuidado.

FALLO 2 · CÁLIDO, PERO INSEGURO

Eres cercano, pero transmites dudas. El paciente duda de que sepas. La simpatía sola no sostiene.

→ CONSECUENCIA PRÁCTICA

Necesitas las dos a la vez. La buena noticia: ambas se apoyan en componentes que se pueden entrenar — los vemos ahora.

un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y un acuerdo sobre las tareas para alcanzarlos—. Décadas de investigación en distintos campos de la salud muestran que la fuerza de esa alianza predice los resultados con notable consistencia, a menudo por encima de la técnica concreta empleada. En la misma línea, un metaanálisis de Birkhäuser y colaboradores (2017) encontró una asociación significativa entre la confianza en el profesional sanitario y mejores resultados de salud, así como más satisfacción y más conductas de autocuidado. Trasladado al gabinete, esto significa que la alianza no es el envoltorio del tratamiento sino el sustrato sobre el que el tratamiento actúa. Un paciente aliado tolera lo incómodo, colabora, acepta el plan y regresa; un paciente sin alianza convierte cualquier dificultad en motivo de fuga. Construir la alianza

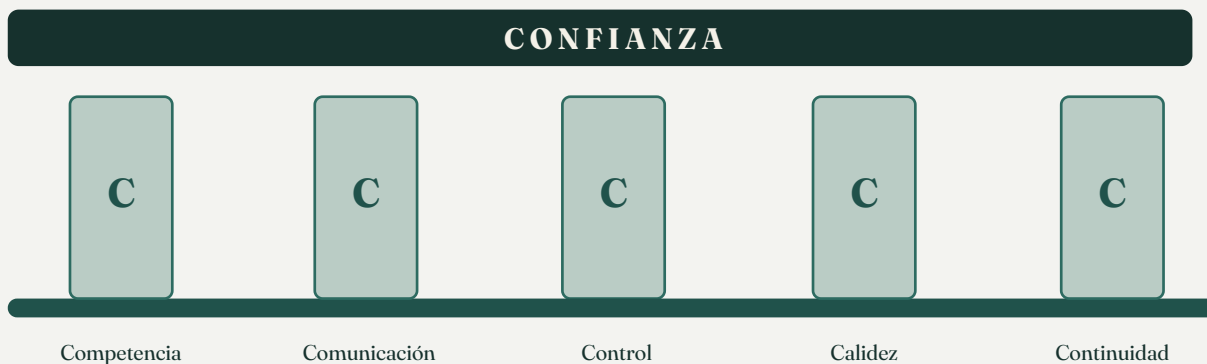
de forma explícita —nombrar los objetivos, pactar las tareas, cuidar el vínculo— no resta tiempo clínico: es lo que hace que el tiempo clínico rinda.

Las cinco C, con fundamento.

La confianza no es magia ni cuestión de carácter: se apoya en columnas que se pueden trabajar una a una. La competencia percibida, que se comunica tanto por el resultado como por la seguridad del gesto. La comunicación, que hace que el paciente entienda qué pasa y por qué. El control, la certeza de que puede parar cuando quiera, que devuelve el mando que el sillón le quita. La calidez, la prueba de que importa como persona. Y la continuidad, que le atienda siempre la misma cara.

Las cinco C de la confianza

La confianza no es magia ni carácter: se apoya en cinco columnas, y todas se pueden trabajar.



- C Competencia.** Que perciba que sabes lo que haces.
- C Comunicación.** Que entienda qué pasa y por qué.
- C Control.** Que sepa que puede parar cuando quiera.
- C Calidez.** Que note que te importa como persona.
- C Continuidad.** Que le atienda siempre la misma cara.

! *Basta con que **una columna** falle para inclinar todo el edificio. La más descuidada es la **continuidad**: cambiar de profesional en cada visita obliga al paciente a empezar la confianza de cero, una y otra vez.*

Esta última es la más descuidada y, sin embargo, tiene respaldo empírico directo: los estudios con la Dental Trust Scale muestran que los pacientes con un dentista habitual confían significativamente más que quienes cambian de profesional. Cambiar de cara en cada visita obliga al paciente a reconstruir la confianza desde cero una y otra vez, y le transmite que es un caso, no una persona. Basta con que una columna falle para inclinar todo el edificio; por eso la confianza se gestiona como un sistema de cinco frentes, no como un gesto suelto de amabilidad.

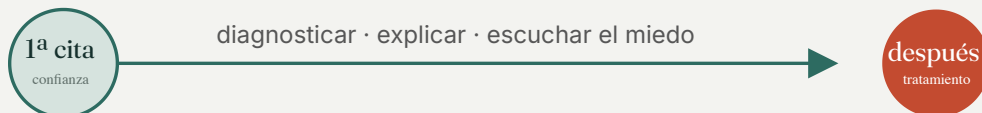
El primer impacto: la ciencia del thin slicing.

La psicología social ha demostrado que formamos juicios sobre las personas a partir de fragmentos brevísimos de conducta, un fenómeno que Ambady y Rosenthal llamaron thin slicing. El ejemplo más citado en el ámbito sanitario es a la vez elegante e incómodo: a partir de solo cuarenta

segundos del tono de voz de cirujanos en consulta —con el contenido de las palabras filtrado, de modo que solo se oía la música y no la letra—, unos jueces ciegos distinguían qué cirujanos habían tenido reclamaciones por mala praxis; un tono percibido como más dominante y menos preocupado casi triplicaba esa probabilidad (Ambady et al., 2002). La lección es doble. Primera, que el «cómo» comunica tanto o más que el «qué», y que el paciente lee la actitud aunque no analice el discurso. Segunda, que la primera impresión se forma en segundos y ancla todo lo que viene después, por un efecto de primacía bien documentado: lo primero que percibimos sesga la interpretación de todo lo demás. En términos prácticos, los primeros cuarenta segundos de la primera visita —el tono, la mirada, el nombre— pesan más de lo que su brevedad sugiere.

Primero la confianza. Después, la boca

El error más común con el paciente con miedo es empezar por el tratamiento. La secuencia correcta es la inversa.



*El referente europeo lo lleva al extremo: la **DGZP** alemana dedica la primera cita a diagnosticar y generar confianza, sin tocar la boca. “ Su modelo es para la fobia severa —y termina en quirófano—, pero el principio escala a toda consulta: **el primer encuentro es para confiar, no para tratar.***

EL MODELO EN TRES CITAS · DGZP

1 Confianza

Diagnóstico y plan. No se trata: se gana la confianza.

2 Tratamiento

La rehabilitación, concentrada y sin sufrimiento.

3 Nueva vida

Recupera función y sonrisa, y vuelve sin miedo.

→ EL HILO

*Ese primer encuentro tiene técnica propia —tranquilizar con la palabra—. Es la **iatrosedación**, y es el N° 03.*

Confianza y ansiedad se predicen mutuamente.

La confianza y el miedo no son mundos separados; se predicen el uno al otro. En un análisis sobre más de once mil adultos de la Encuesta de Salud Dental del Reino Unido, Yuan y colaboradores (2020) mostraron que la ansiedad dental se predecía negativamente por la confianza del paciente y por la comunicación del dentista, y positivamente por la vergüenza. Es decir, a más confianza, menos ansiedad; y la comunicación del profesional es la palanca que mueve ambas. El modelo se apoya en el círculo vicioso de Berggren: la evitación deteriora la boca, el deterioro genera vergüenza e inferioridad, y esa vergüenza realimenta la ansiedad. La confianza actúa justo en el punto contrario de ese círculo:

un vínculo en el que el paciente se siente aceptado y no juzgado desactiva la vergüenza y, con ella, una parte del miedo. Esto sitúa la confianza no como un lujo relacional, sino como un agente ansiolítico de primer orden —gratuito, sin efectos secundarios y previo a cualquier fármaco—. Construir confianza es, literalmente, empezar a tratar la ansiedad.

Confianza y adherencia: lo que está en juego.

La confianza tiene consecuencias clínicas concretas que van mucho más allá del clima de la cita. Las revisiones sobre confianza del paciente la asocian de forma sistemática con mayor adherencia al plan de tratamiento, más satisfacción, más continuidad en el tiempo, mayor

Años para construirla Segundos para romperla

La confianza es asimétrica: cuesta levantarla y se cae de golpe. Estos son los cinco derribos más frecuentes.

- 1 La prisa. El paciente siente que estorba — y quien estorba no importa .
- 2 El tecnicismo. No entender es no controlar; sin control, vuelve el miedo.
- 3 La sorpresa. Hacer sin avisar rompe el pacto: “me dijiste que solo mirarías”.
- 4 La promesa incumplida. Dijiste “no duele y dolió. La próxima vez ya no te cree.
- 5 La contradicción. Cada profesional del equipo le cuenta una versión distinta.

29% *de los pacientes cambia de clínica por una sola mala experiencia. Una agenda llena se vacía de derribo en derribo.*

revelación de información sensible y menos «peregrinaje» de una clínica a otra en busca de segundas opiniones. Cada una de estas conductas tiene traducción directa: el paciente que confía comunica mejor sus síntomas y sus miedos, acepta el diagnóstico porque cree en quien lo emite, mantiene sus revisiones sin que haya que perseguirle y perdona un imprevisto en lugar de castigarlo con la marcha.

Esé último punto merece subrayarse: la confianza es también el margen de error del profesional. Un contratiempo —una cita que se alarga, una molestia inesperada— se tolera si hay confianza y se castiga si no la hay. Invertir en confianza no compite con la buena clínica; es su condición de posibilidad, porque sin confianza el mejor plan de tratamiento se queda sin ejecutar en la boca del paciente.

La asimetría: cara de perder.

La confianza tiene una propiedad que la hace frágil: es asimétrica. Cuesta años levantarla y se derrumba en segundos, por un mecanismo psicológico bien establecido, el sesgo de negatividad, según el cual lo malo pesa más que lo bueno en la formación de nuestras impresiones. Un solo incidente puede borrar meses de buen trato. Esto explica por qué la promesa incumplida hace un daño desproporcionado: no es un fallo cualquiera, sino la traición de una afirmación que el paciente sí podía

comprobar. Cuando se dijo «no dolerá» y dolió, no solo se rompió una expectativa; se falsó el único dato que el paciente tenía para calibrar la fiabilidad del clínico. A partir de ahí, ya no cree nada de lo que se le diga. De ahí una regla de oro del control del dolor que es, en realidad, una regla de gestión de la confianza: no prometas lo que no puedes asegurar. En la economía de la confianza, es más barato prometer menos y cumplirlo que prometer de más y fallar una sola vez.

Los cinco derribos.

Si la confianza se construye por columnas, se derriba por vías igualmente identificables, y conviene conocerlas para evitarlas. La prisa: el paciente que siente que estorba deduce que no importa, y quien no importa no confía. El tecnicismo: no entender es no controlar, y sin control reaparece el miedo; el lenguaje que excluye al paciente lo deja fuera de su propio tratamiento. La sorpresa: hacer sin avisar rompe el pacto implícito —«me dijiste que solo mirarías»— y basta una vez para instalar la desconfianza. La promesa incumplida, ya comentada, que falsea la palabra del profesional. Y la contradicción del equipo: cuando cada miembro cuenta una versión distinta, el paciente no sabe a quién creer y deja de creer a todos. Los cinco derribos comparten un rasgo: casi todos son evitables sin coste, solo cambiando el orden y el tono. Y casi todos son, en el fondo, formas de sorpresa o de descuido comunicativo —lo que sitúa la comunicación del equipo, y no solo la del clínico que trata, en el centro de la construcción de confianza.

La confianza paga

El error más común con el paciente con miedo es empezar por el tratamiento. La secuencia correcta es la inversa.



- 1 Vuelve. Mantiene sus revisiones sin que haya que perseguirle.
- 2 Acepta. Dice que sí al tratamiento, porque cree el diagnóstico.
- 3 Recomienda. El boca a boca pesa hasta 3x más que una reseña en Google.

+ Y además *tolera*: un imprevisto se perdona si hay confianza; sin ella, el mismo error se castiga con la marcha. La confianza es también tu *margen de error*.

El orden correcto: primero la confianza, después la boca.

El error más común con el paciente con miedo es empezar por el tratamiento. La secuencia correcta es la inversa: primero se gana la confianza, y solo después se toca la boca. El referente europeo lo lleva al extremo. La DGZP alemana —la sociedad de referencia en fobia dental— dedica la primera cita a diagnosticar y generar confianza, sin tratar nada; la segunda concentra la rehabilitación; la tercera devuelve función y sonrisa.

Su modelo está pensado para la fobia severa y culmina, cuando hace falta, en anestesia general —conviene no confundirlo con un método de sedación sin fármacos—. Pero el principio escala a cualquier consulta: el primer encuentro es para confiar, no para tratar. Diagnosticar, explicar, escuchar el miedo y pactar un plan en la primera visita no es tiempo perdido; es la inversión que hace posible todo lo demás. En el paciente muy ansioso, improvisar tratamiento en el primer contacto suele salir caro: traslada al sillón, multiplicada, la tensión que una conversación previa habría desactivado.

Calibrar la confianza, no maximizar la.

El objetivo no es una confianza ciega, sino una confianza calibrada: ajustada a lo que realmente se puede garantizar. Reconocer un límite con honestidad —«esto puede molestar un poco, y por eso lo controlamos así»— genera un vínculo más duradero que la seguridad excesiva. La sobrepromesa deja al paciente expuesto a la decepción, y cada decepción erosiona el capital de confianza; la franqueza, en cambio, ofrece un marco realista que casi siempre se cumple, y cada cumplimiento lo refuerza. Esta idea enlaza con dos asuntos que otros cuadernos

desarrollan: el efecto nocebo de las palabras (Nº 6) y el consentimiento informado, donde el deber de informar del riesgo convive con el de no inducirlo. La dirección es clara: la confianza sólida no se construye administrando optimismo, sino gestionando expectativas verdaderas. Un profesional en el que el paciente puede confiar no es el que promete que nunca habrá molestia, sino aquel cuya palabra —buena o incómoda— resulta siempre fiable. La credibilidad, no la simpatía, es el activo que se acumula.

Medir la confianza: la Dental Trust Scale.

Uno de los errores más extendidos es tratar la confianza como un intangible sobre el que no se puede actuar. No lo es. Armfield y colaboradores desarrollaron en 2017 la Dental Trust Scale (DTS), adaptada de una escala de confianza en el médico: once ítems, estructura de un solo factor y una consistencia interna alta (α en torno a 0,92). Lo interesante son sus correlaciones: las puntuaciones bajas de confianza se asocian con haber cambiado de dentista por descontento, con tener dolor dental en el momento, con la evitación de las visitas y con experiencias previas de incomodidad o vergüenza. Y a la inversa, los pacientes con un dentista habitual puntúan más alto. Esto convierte la confianza en un indicador adelantado de la retención: predice el regreso mejor que casi cualquier otra variable. Incorporar una medida así —o una versión abreviada— a la gestión de la consulta permite hacer con la confianza lo que se hace con cualquier otro proceso clínico: detectar dónde se está perdiendo, probar cambios concretos y comprobar si funcionan. Lo que se mide se puede mejorar, y la confianza no es una excepción a esa regla.

Cuatro gestos que construyen confianza hoy

Sin formación extra y sin alargar la cita. Solo cambiando el orden y el tono.

1 Preséntate y mira a los ojos.
Antes de reclinar el sillón. Un nombre y una mirada valen más que un folleto.

2 Explica antes de hacer.
No entender es no controlar; sin control, vuelve el miedo.

3 Pacta una señal para parar. Hacer sin avisar rompe el pacto: “me dijiste que solo mirarías”.

4 Cumple lo que prometes. Dijiste “no duele y dolió. La próxima vez ya no te cree.”

→ PARA TU EQUIPO

*La confianza la construye **todo el equipo**, no solo quien trata. En la página siguiente, una lista para la primera visita que cualquiera puede seguir.*



*Y el gesto que **borra** los otros cuatro: prometer lo que no puedes cumplir. Si no estás seguro de que no dolerá, no lo digas — **asegúralo** antes.*

La competencia se comunica: señales de pericia.

Si el paciente no puede juzgar directamente la competencia, la infiere de señales indirectas, y merece la pena saber cuáles son para gobernarlas. El orden y la limpieza del gabinete se leen como orden y limpieza del trabajo; la puntualidad transmite respeto y control; una explicación coherente y sin titubeos sugiere dominio; y los movimientos seguros —ni bruscos ni apresurados— comunican pericia mejor que cualquier diploma en la pared. Opera aquí un efecto halo: la impresión general de profesionalidad tiñe la percepción de la competencia técnica, que el paciente no puede evaluar por sí misma. Y estas señales empiezan a emitirse antes de que el clínico aparezca: la voz que atiende el teléfono, la sala de espera, el trato de recepción configuran ya una expectativa de competencia o de descuido. De ello se derivan dos consecuencias. Primera, que la gestión de la confianza es responsabilidad de toda la clínica, no solo de quien trata. Segunda, que descuidar los detalles aparentemente accesorios —el orden, la hora, el tono— no es un problema estético: es una fuga de confianza, porque son justamente las señales con las que el paciente deduce si sabemos lo que hacemos.

Decisión compartida: confiar es copilotar.

Durante décadas, la relación clínica se entendió como paternalista: el profesional decide, el paciente acata. La evidencia contemporánea apunta en otra dirección: la decisión compartida —informar de las opciones, explicar sus pros y contras, integrar las preferencias del paciente— aumenta la confianza, la satisfacción y la adherencia. Dar al paciente un papel activo en su tratamiento no debilita la autoridad del clínico; la refuerza, porque un paciente que ha participado en la decisión se siente copropietario del plan y lo defiende en lugar de sufrirlo. Esta lógica se manifiesta incluso en el gesto más pequeño de la consulta: la señal de «para». Acordar que el paciente puede detener el procedimiento cuando quiera es una forma de control compartido en miniatura —y, como muestra la investigación sobre control percibido, rara vez se ejerce, pero su mera existencia baja la ansiedad—. Confiar, desde esta perspectiva, no es entregarse pasivamente a manos ajenas, sino copilotar: el paciente que sabe que tiene voz y freno se atreve a subir al sillón de quien se los ha dado.

Checklist de la primera visita sin miedo

Seis pasos para que el primer encuentro construya confianza — no la gaste.

- ☐ Recíbelo por su nombre y preséntate. El primer contacto es humano, no clínico.
- ☐ Pregunta por su miedo antes de explorar. “¿Qué es lo que peor llevas del dentista?”
- ☐ Explica el plan en lenguaje sencillo. Qué tiene, qué haremos y en qué orden.
- ☐ Acuerda la señal de “para”. Devuélvele el control desde el minuto uno.
- ☐ Si el miedo es alto, no improvises tratamiento. Gana la confianza primero, como hace la DGZP.
- ☐ Cierra con el siguiente paso claro. Qué pasará en la próxima cita, sin incógnitas.

→ CUANDO DERIVAR

Hay miedo que supera a cualquier consulta general. Si ves evitación total durante años, crisis de pánico en la sala o un deterioro grave por no acudir, deriva a una unidad especializada (tipo DGZP). Reconocerlo a tiempo también es cuidar.

Reparar la confianza rota: la recuperación del servicio.

La confianza se rompe, y saber repararla es tan importante como saber construirla. La literatura sobre servicios describe la paradoja de la recuperación: un problema bien resuelto puede generar más lealtad que una experiencia sin incidentes, porque demuestra al cliente cómo responde el profesional cuando algo sale mal —justo la información que no obtiene cuando todo va bien—. La condición es doble: rapidez y honestidad. Una complicación reconocida a tiempo, explicada sin excusas y atendida con diligencia, puede afianzar la relación; la misma complicación negada o minimizada la destruye. Decir «esto no ha salido como esperábamos, y esto es lo que vamos a hacer» exige asumir la responsabilidad sin caer en la autoflagelación ni en la evasiva. El sesgo de negatividad juega en contra —lo malo pesa más—, pero la recuperación bien hecha puede darle la vuelta. Para la consulta, la implicación es clara: los incidentes son inevitables, pero su gestión es una decisión. Un protocolo sencillo para atender quejas y complicaciones —escuchar, reconocer, resolver, seguir— convierte los momentos de mayor riesgo para la confianza en oportunidades para consolidarla.

La confianza paga: de la relación al negocio.

La confianza no es un valor abstracto: se traduce, paciente a paciente, en consecuencias muy concretas para la consulta. El paciente que confía vuelve, mantiene sus revisiones sin que haya que perseguirle; acepta, dice que sí al tratamiento porque cree el diagnóstico; recomienda, y el boca a boca en odontología pesa mucho más que cualquier reseña, porque elimina la incertidumbre de elegir un profesional nuevo; y tolera, perdona el imprevisto que otro castigaría con la marcha. Estas cuatro consecuencias se retroalimentan y componen, con el tiempo, la diferencia entre una agenda que se llena sola y otra que hay que llenar a base de captación. Pero conviene cerrar con un matiz que recorre toda la colección: la confianza no la construye una persona en un gesto, sino todo el equipo a lo largo del recorrido —de la recepción al gabinete—, y no se compra con tácticas, sino que se gana tratando bien. La primera técnica concreta para ganarla —tranquilizar con la palabra antes de tocar la boca— es la iatrosedación, y ocupa el cuaderno siguiente.

La confianza no se improvisa. Se **construye** —gesto a gesto— antes de encender la **turbina**.

No es simpatía ni suerte: es el cimiento medible de la relación. El paciente que confía vuelve, acepta y recomienda; el que deja de confiar se va con una sola mala experiencia. Y como no puede juzgar tu técnica, juzga tu trato— y en él lee tu pericia. Por eso la confianza se gana en el primer minuto, no en el último.



Cuando hay confianza, el pulso del paciente se calma antes de que empieces.

Siguiente: tranquilizar con la palabra

Pon a prueba lo que has leído

1. Para el paciente, la confianza es ante todo...

- ☐ A El premio de una buena cita
- ☐ B Un requisito previo
- ☐ C Imposible de medir
- ☐ D pura simpatía

2. Como no puede juzgar tu competencia clínica, el paciente la deduce sobre todo de...

- ☐ A Tu título en la pared
- ☐ B Cómo le hablas y le tratas
- ☐ C El precio
- ☐ D la tecnología

3. ¿Cuál NO es una de las cinco C de la confianza?

- ☐ A Competencia
- ☐ B Control
- ☐ C Comodidad
- ☐ D Continuidad

4. ¿Cuándo se construye sobre todo la confianza?

- ☐ A Durante el tratamiento
- ☐ B Antes de tocar al paciente
- ☐ C Al cobrar
- ☐ D en la reseña

5. El "rompe-confianza" más instantáneo es...

- ☐ A Una sala poco bonita
- ☐ B Una promesa incumplida
- ☐ C La música
- ☐ D El color de la bata

6. En el modelo alemán de la DGZP, la primera cita sirve para...

- ☐ A Empastar rápido
- ☐ B Diagnosticar y generar confianza, sin tratar
- ☐ C Cobrar por adelantado
- ☐ D Vender un blanqueamiento

SOLUCIONES 1·B 2·B 3·C 4·B 5·B 6·B

Tres ideas de este cuaderno

- 1 La confianza es el **requisito**, no el premio: se gana al principio y **se mide**.
- 2 El paciente no juzga tu técnica: la **lee en tu trato**. La calidez es la cara visible de la competencia.
- 3 Se construye **antes de tratar**, sobre cinco columnas: competencia, comunicación, control, calidez y continuidad. quedarse.

PRÓXIMO CUADERNO

Curar con la palabra: la iatrosedación

03

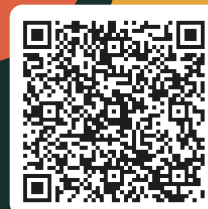
→ AVANCE

La primera cita no solo genera confianza: puedes **bajar la ansiedad** de forma medible, solo con la entrevista. A esa técnica se la llama **iatrosedación**. La veremos en detalle.

SOBRE ESTOS CUADERNOS

Una colección formativa de Hurricaine · Clarben sobre la relación con el paciente y el manejo del miedo dental. Pensados para leerse en cinco minutos y aplicarse al día siguiente. Trece 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 25 · Yuan S. et al. Patient trust in dentistry. Br Dent J 20 25 · Mayor-Subirana G. et al. Anesthetic efficacy of Oraqix® vs Hurricaine® and placebo. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 20 14.