

CUADERNO **06**

Las palabras que duelen

...y las que curan. La misma maniobra duele más o menos según cómo la nombres. Un glosario para cambiar la experiencia sin cambiar el tratamiento.

Las palabras no describen la experiencia: la crean

La misma intervención —el mismo pinchazo, la misma fresa— duele más o menos según cómo se nombre. El vocabulario es parte del tratamiento.

PALABRAS QUE DUELEN

PALABRAS QUE CURAN



“ La ciencia lo llama **nocebo** (las palabras que empeoran) y **placebo** (las que alivian). En tu consulta, las dos viven en tu boca —y eliges cuál usar en cada frase.

→ EL HILO

*Empezamos por el lado oscuro: las palabras que, sin querer, **invitan al dolor**.*

En profundidad — Nocebo y placebo en la boca: la palabra como fármaco

Dos efectos, un mecanismo: la expectativa

El placebo y el nocebo son las dos caras de un mismo fenómeno: la expectativa que modula la experiencia. La investigación de Benedetti y otros ha mostrado que la expectativa se construye por dos vías —la sugestión verbal y el condicionamiento previo— y que, una vez instalada, cambia lo que el paciente percibe, con correlatos neuroquímicos reales. Dicho de otro modo, la información que damos al paciente es una vía de administración tan real como la mucosa o la vena: entra en el organismo y produce efectos medibles. En la consulta, esa vía está siempre abierta, porque cada frase induce una expectativa, de manera que la pregunta pertinente no es si se usa, sino en qué dirección. Un profesional no puede elegir no influir en las expectativas del paciente; solo puede elegir influir a favor o en contra. Entender esto reencuadra por completo la comunicación clínica: las palabras no son el envoltorio del tratamiento ni un mero acompañamiento cortés, sino una parte activa de él, con capacidad de aliviar o de agravar el dolor y la ansiedad que se pretende tratar.

La palabra no describe la experiencia: la crea

Solemos pensar que las palabras describen desde fuera una realidad ya dada: el pinchazo duele, y decirlo solo lo constata. La evidencia apunta a algo más inquietante y

más útil: la misma intervención —el mismo pinchazo, la misma fresa— duele más o menos según cómo se nombre. El vocabulario no relata la experiencia, la co-crea. Esto convierte la elección de las palabras en parte del tratamiento, no en un adorno del trato. La ciencia distingue los dos sentidos de esa influencia: el nocebo, las palabras que empeoran, y el placebo, las que alivian. En la consulta, las dos posibilidades conviven en la boca del clínico, y en cada frase se elige, consciente o inconscientemente, cuál se activa. La consecuencia práctica es que cuidar el lenguaje no es una cuestión de estilo ni de amabilidad: es una intervención clínica de pleno derecho, con la misma seriedad que la elección de una técnica anestésica. Quien descuida las palabras no está siendo simplemente poco delicado; está renunciando a una herramienta terapéutica que tiene entre manos en todo momento.

La prueba en la aguja: el estudio de la «picadura de abeja»

El ejemplo más limpio de nocebo verbal procede de un ensayo aleatorizado sobre la inyección de anestésico local. A un grupo de pacientes se le advirtió, justo antes de la punción, que iban a notar «una picadura de abeja fuerte, es la peor parte»; a otro se le dijo que se le iba a administrar un anestésico que adormece la zona y que

Anunciar el dolor es invitarlo

Una advertencia negativa no informa: programa. El cuerpo se prepara para lo que le anuncias — y lo siente más.

- 1 **"Esto te va a doler / es la peor parte."** Sube el dolor esperado... y el real.
- 2 **"Un pinchazo fuerte."** La palabra ya pincha antes que la aguja.
- 3 **"Aguanta / sé valiente."** Da por hecho que viene sufrimiento.
- 4 **Historias de terror de otros.** "El último caso fue durísimo..." siembra miedo gratis.



*El cuerpo cree lo que le anuncias. Si vas a avisar, anuncia una **sensación neutra** —presión, frío—, nunca dolor.*

EFFECTO NOCEBO Y SUGESTIÓN NEGATIVA · LITERATURA DEL DOLOR

estaría cómodo. Con el mismo anestésico y la misma técnica, el grupo de la advertencia negativa refirió significativamente más dolor —una mediana de 5 frente a 3 en escala visual, con diferencia estadísticamente significativa (Varelmann et al., 2010)—. En la misma línea, otro estudio mostró que emplear la palabra «dolor» en lugar de «sensación fresca» al aplicar un anestésico local aumentaba el dolor referido (Lang et al., 2005). Estos trabajos son valiosos porque aíslan la variable: todo es idéntico salvo las palabras, y las palabras, por sí solas, mueven la aguja de la escala. No es una impresión clínica ni un argumento retórico: es un efecto medido, replicado y directamente aplicable al momento más temido de la consulta.

Las palabras que duelen

Una advertencia negativa no informa: programa. El cuerpo se prepara para lo que se le anuncia y, en consecuencia, lo siente más. Varias fórmulas frecuentes en la consulta funcionan como nocebos casi puros. «Esto te va a doler» o «es la peor parte» elevan tanto el dolor esperado como el real. «Un pinchazo fuerte» hace que la palabra pinche antes que la aguja. «Aguanta» o «sé valiente» dan por hecho que viene sufrimiento y lo instalan como expectativa. Y las historias de terror de otros pacientes —«el último caso fue durísimo»— siembran miedo gra-

tuito. El denominador común es que todas anuncian dolor o peligro, y el cerebro cree lo que se le anticipa. La regla que se deriva es sencilla: si se va a avisar de algo, hay que anunciar una sensación neutra —presión, frío—, nunca dolor. No se trata de ocultar información, sino de no envenenar la expectativa. El clínico que, con la mejor intención de «preparar» al paciente, le anuncia dolor, está en realidad prescribiéndoselo por vía verbal.

A cada una de estas fórmulas le corresponde un contraejemplo igual de concreto, que conviene tener a mano. Frente a «esto te va a doler» o «es la peor parte», basta con «vas a notar una presión, nada más, y dura solo unos segundos». Frente a «un pinchazo fuerte», sirve «vas a sentir un pequeño pellizco» o, mejor aún, no nombrar la sensación de la aguja y hablar solo de lo que vendrá después: «en un momento la zona estará dormida». Frente a «aguanta» o «sé valiente», que presuponen sufrimiento, funciona mejor «vamos paso a paso y tú decides el ritmo». Y frente a la tentación de compartir historias de otros pacientes —buenas o malas—, la norma más segura es no contarlas: cada paciente construye su propia expectativa a partir de lo que se le dice sobre su propio caso, no del caso ajeno. Tener estas cuatro respuestas ensayadas, no improvisadas, es lo que separa una buena intención de una buena práctica.

“No va a doler” planta el dolor

Para negar el dolor, primero hay que nombrarlo. Y esa palabra —la temida— es justo la que se queda.

no va a **DOLER**

↑ LO QUE EL CEREBRO RETIENE



“Vas a estar cómodo.”

- **No plantes la palabra temida, ni siquiera para negarla.** “Tranquilo, no es una extracción difícil” deja sonando “extracción difícil”.
- **Describe en positivo.** “Vas a notar presión”, “vas a estar cómodo”, en vez de “no te va a doler”.

→ EL HILO

*La regla es simple: la palabra que no quieres que sienta, **no la pronuncies**. Ni para tranquilizar. En la página siguiente, el cambiao completo.*

La trampa de la negación

Existe una tentación bienintencionada especialmente traicionera: negar el dolor para tranquilizar. El problema es que, para negar el dolor, primero hay que nombrarlo, y esa palabra —la temida— es justo la que se queda. «No va a doler» planta «doler»; «tranquilo, no es una extracción difícil» deja resonando «extracción difícil». El cerebro retiene el sustantivo con carga emocional y descarta el «no» que lo precede. La teoría de los procesos irónicos, formulada por Wegner, lo explica: intentar suprimir un pensamiento lo vuelve más accesible, porque el sistema que vigila que no aparezca tiene que mantenerlo activo para vigilarlo. La solución es describir en positivo, sin mencionar la palabra que no se quiere que el paciente sienta: «vas a estar cómodo», «vas a notar presión». La regla es tan simple como contraintuitiva: la palabra que no quieres que sienta, no la pronuncies, ni siquiera para negarla. Este principio corrige de raíz uno de los errores más extendidos y mejor intencionados de la consulta, y no cuesta nada aplicarlo: solo exige revisar el hábito de tranquilizar negando.

La neurobiología del nocebo

El nocebo no es «cosa de la cabeza» en sentido despectivo: tiene una neuroquímica identificada. La ansiedad anticipatoria activa el sistema de la colecistoquinina (CCK), un neurotransmisor pronociceptivo que facilita el dolor y antagoniza el sistema opioide. Los trabajos de Benedetti demostraron que la hiperalgesia nocebo puede bloquearse con proglumida, un antagonista de la CCK, y que la ansiedad juega un papel central, hasta el punto de que una benzodiacepina atenúa el efecto. En el lado contrario, la analgesia placebo se apoya en la activación de los opioides endógenos y de sistemas dopaminérgicos. Es decir, las palabras se traducen literalmente en química: una advertencia alarmante puede aumentar realmente la señal de dolor por una vía neurotrasmisora concreta, y una expectativa positiva puede atenuarla por otra. Comprender esto libera al clínico de una falsa disyuntiva —entre engañar al paciente o asustarlo—: informar en positivo, sin amenaza y con veracidad, no es un truco psicológico, sino farmacología honesta que aprovecha los propios sistemas moduladores del dolor del paciente en la dirección correcta.

Di esto, no aquello

El mismo gesto cambia de signo según la palabra. Cuélgalo donde lo veáis todos.

✗ NO DIGAS

✓ MEJOR DI

Dolor	Sensación
Te voy a pinchar	Te voy a dormir la zona
Inyección	Adormecer la encía
Taladro · fresa	Voy a limpiarlo / prepararlo
Arrancar el diente retirar	Sacar el diente
Sangre	Un poco de líquido
¿Te duele?	¿Notas algo? · ¿Cómo vas?
Aguanta ·	Sé valiente Tú me dices cuando quieras parar
Casi termino	Nos quedan dos minutos



*El glosario solo funciona si lo usa **todo el equipo**: de nada sirve que tú digas “molestia” si en recepción le hablan de “el pinchazo”. Cuélgalo a la vista de todos.*

El glosario: di esto, no aquello

La traducción práctica de todo lo anterior es un glosario que sustituye cada término que duele por otro que no lo hace, manteniendo intacta la información clínica. En lugar de «dolor», «molestia» o «sensación». En lugar de «te voy a pinchar», «te voy a dormir la zona». En lugar de «inyección», «adormecer la encía». En lugar de «taladro» o «fresa», «voy a limpiarlo» o «prepararlo». En lugar de «arrancar el diente», «retirar» o «sacar el diente». En lugar de «sangre», «un poco de líquido». En lugar de «¿te duele?», «¿notas algo?» o «¿cómo vas?». Y en lugar de «aguanta», «tú me dices cuando quieras parar». El cambio de cada término no altera lo que se comunica, pero sí la expectativa que induce. Conviene tener este glosario por escrito y a la vista, porque los hábitos verbales son tenaces y se recae en el vocabulario de siempre sin advertirlo. Es una de las intervenciones de menor coste y mayor alcance de toda la consulta: cuesta cero y actúa en cada frase.

El glosario admite ampliarse con maniobras igual de frecuentes que estas páginas no recogen todavía. En lugar de «vamos a matar el nervio» —la fórmula clásica de la endodoncia, que suena letal—, «vamos a tratar la raíz por dentro» o, simplemente, «endodoncia». En lugar de «esto va a sangrar», «es normal notar un poco de líquido; forma parte del proceso». En lugar de «extracción quirúrgica», que añade el peso de «quirúrgico» a una palabra ya temida, «un procedimiento algo más cuidadoso». Y en lugar de «flemón» o «absceso», que sugieren gravedad, «una inflamación». Cada pareja sigue la misma regla que el resto del glosario: la información clínica no cambia, pero la expectativa que instala sí. Añadir estas entradas —y las que cada consulta identifique en su propio vocabulario— es la forma más barata de seguir ampliando la anestesia verbal.

Frases que parecen ayudar (y no)

Algunas frases bienintencionadas tranquilizan a quien las dice, no a quien las oye.

✗ SUENA TRANQUILIZADOR, PERO...

✓ MEJOR DI

"No te preocupes"

"Vamos muy bien, paso a paso"

"No es nada"

"Es normal sentir eso, y lo controlamos"

"Relájate"

"Respira hondo conmigo"

"Tranquilo, tranquilo"

Información concreta: "queda solo esto"



"No te preocupes" o "no es nada" señalan que sí hay motivo —e invalidan lo que siente—. Sustituye el consuelo vacío por información y compañía.

El falso consuelo invalida

Algunas frases bienintencionadas tranquilizan a quien las dice, no a quien las oye. «No te preocupes», «no es nada», «relájate», «tranquilo, tranquilo» tienen un efecto paradójico: señalan que sí hay motivo de preocupación —si no, no haría falta decirlo— y, de paso, invalidan lo que el paciente siente, comunicándole que su emoción es exagerada o improcedente. Funcionan mucho mejor la validación y la información concreta: «vamos muy bien, paso a paso», «es normal sentir eso, y lo controlamos», «queda solo esto». La diferencia es que el falso consuelo deja al paciente solo con su miedo y con la sensación de no ser comprendido, mientras que la información precisa se lo quita, porque sustituye la incógnita por un dato manejable. La presencia atenta que acompaña sin sembrar sugestión negativa —lo que algunos autores han llamado «comfort talk»— es más eficaz que cualquier fórmula tranquilizadora vacía. Consolar no consiste en minimizar lo que el paciente siente, sino en darle compañía e información sobre lo que está ocurriendo y lo que falta.

El repertorio de falsos consuelos no se agota en las cuatro fórmulas del cuadro. «Esto no es nada comparado con...» minimiza comparando, y quien lo escucha entiende que su malestar no merece tomarse en serio. «Ya casi, ya casi», repetido sin verdad detrás, se convierte a la tercera vez en la prueba de que no puede confiarse en el reloj del clínico. Y «todo el mundo pasa por esto» despersonaliza justo cuando el paciente necesita sentirse atendido como individuo, no como estadística. La corrección sigue el mismo patrón que las demás: sustituir la frase que quita

importancia por una que valida y por un dato verificable —«entiendo que te incomode; nos quedan tres pasos y te aviso en cada uno»—.

Las que curan: el placebo verbal

Igual que existe el nocebo, existe su contrario, y el clínico dispone de él en cada frase. La sugestión positiva —«esto va a aliviarte», «vas a notar cómo mejora»— orienta la expectativa hacia el alivio. El refuerzo —«lo estás haciendo muy bien»— relaja y favorece la cooperación. El control —«tú me dices», «cuando estés listo»— devuelve el mando al paciente. La descripción de una sensación neutra —presión, frío, un sabor raro— informa sin amenazar. Y la verdad cumplible sobre el tiempo —«dos minutos» de verdad— vale más que diez «ya casi» incumplidos. Estas herramientas no son manipulación: son el uso deliberado de la vía verbal en la dirección que alivia, aprovechando los mismos mecanismos de expectativa que, mal usados, agravan. Conviene subrayar un matiz: no es solo qué se dice, sino la seguridad con que se dice. La sugestión positiva pronunciada con voz dubitativa pierde su efecto; dicha con una voz tranquila y firme, cura. El placebo verbal es, en manos entrenadas, una analgesia complementaria de coste nulo.

Cada una de estas cinco palancas rinde más cuando se ensaya con frases concretas para los momentos típicos de la consulta. Para la sugestión positiva: «en cuanto la anestesia haga efecto, vas a estar muy cómodo» antes de una extracción, o «vas a notar la boca mucho mejor

El placebo también es verbal

Igual que existe el nocebo, existe su contrario: la sugestión positiva baja la ansiedad y hasta el dolor percibido.

- 1 **Sugestión positiva.** "Esto va a aliviarte", "vas a notar cómo mejora".
- 2 **Refuerzo.** "Lo estás haciendo muy bien." El elogio relaja y coopera.
- 3 **Control.** "Tú me dices", "cuando estés listo." Le devuelve el mando.
- 4 **Sensación neutra.** Describe —presión, frío, un sabor raro—; no amenazas.
- 5 **Verdad cumplible.** "Dos minutos" de verdad vale más que diez "ya casi".

+ *No es sólo qué dices: la **seguridad** con que lo dices es parte del efecto. Una voz tranquila y firme cura.*

en cuanto acabemos» antes de una limpieza. Para el refuerzo: «lo estás haciendo genial, ya hemos pasado la parte más incómoda» a mitad de un tratamiento largo. Para el control: «si en algún momento quieres una pausa, solo tienes que levantar la mano» antes de empezar, no solo cuando ya hay señales de tensión. Para la sensación neutra: «vas a notar vibración y un poco de agua, nada más» antes de usar la turbina, o «un sabor algo amargo, un segundo» antes de un producto tópico. Y para la verdad cumplible sobre el tiempo: comprometerse solo con cifras que se puedan cumplir —«nos quedan cinco minutos» solo si son cinco, no una estimación optimista—, porque un tiempo incumplido resta más confianza de la que suma un tiempo exacto.

El dilema del consentimiento informado

Aquí aparece una tensión real que conviene afrontar con honestidad: el deber de informar de los riesgos puede, por la vía del nocebo, inducirlos. Advertir de un posible efecto adverso puede aumentar su probabilidad de aparición. No se resuelve ocultando información —eso vulneraría la autonomía del paciente y la buena práctica—, sino cuidando cómo se da. Ayudan varias estrategias: enmarcar en positivo (decir que la mayoría de los pacientes tolera bien el procedimiento, además de mencionar el riesgo), ofrecer al paciente decidir cuánto detalle desea recibir, y contextualizar la frecuencia real del efecto en lugar de presentarlo aislado. Es lo que se ha denominado

consentimiento informado contextualizado. El objetivo no es evasivo, sino ético: cumplir el deber de informar minimizando el daño que la propia información puede causar. Decir la verdad y decirla de forma que no haga daño no son objetivos incompatibles; son las dos mitades de una comunicación clínica competente. El clínico consciente del nocebo informa mejor, no menos.

El componente paraverbal

El efecto de las palabras no reside solo en su significado, sino también en cómo se pronuncian. El componente paraverbal —el tono, el volumen, el ritmo, las pausas— forma parte del mensaje y modula su efecto. Una misma frase, «vamos con calma, te cuento todo y paramos cuando quieras», calma si se dice despacio, con voz grave y mirando al paciente, y alarma si se suelta deprisa, de pie y sin mirar. Cuatro ajustes que no cuestan nada refuerzan cualquier palabra positiva: una voz más grave y más baja, que induce al paciente a bajar su propia tensión; un ritmo lento, porque la prisa se contagia; una pausa tras informar, que da un segundo de asimilación; y hablar a la altura de los ojos, antes de reclinar el sillón. El paciente con miedo, que no analiza el contenido sino que siente el tono, es especialmente sensible a esta dimensión. La palabra elegida es la mitad del trabajo; la seguridad y la calma con que se entrega son la otra mitad, y a menudo la más decisiva.



Reescribe la frase

Tres frases de consulta, antes y después. El cambio cuesta cero y se nota en el sillón.

✗ *“Te voy a pinchar, te va a doler un poco.”*

✓ *“Te voy a dormir la zona; notarás una presión y un pellizquito, nada más.”*

✗ *“No te preocupes, no es nada.”*

✓ *“Es muy normal estar así; vamos paso a paso y tú marcas el ritmo.”*

✗ *“Aguanta, que casi termino.”*

✓ *“Lo estás haciendo genial; nos quedan dos minutos justos.”*

→ EL HILO

Misma maniobra, misma aguja, mismo tiempo. Solo cambian las palabras —y con ellas, la experiencia entera.

El equipo habla el mismo idioma

El glosario positivo solo funciona si lo emplea todo el equipo. De nada sirve que el odontólogo hable de «molestia» si en recepción se menciona «el pinchazo», si la higienista anuncia que «esto a veces duele» o si el auxiliar comenta que «el doctor tiene mano dura». La expectativa del paciente se construye en cada punto de contacto del recorrido, no solo en el sillón, y una sola frase desafortunada en cualquier eslabón puede deshacer el trabajo verbal del resto. Por eso conviene acordar un léxico común, ponerlo por escrito y colgarlo a la vista de todos: no es una manía del clínico, sino una política de consulta. La coherencia verbal del equipo es, en la práctica, una intervención analgésica repartida por toda la clínica, y una de las más baratas de implantar. Formar a recepción y al personal auxiliar en el lenguaje que ayuda —y en el que daña— es tan importante como formarlos en cualquier otro procedimiento, porque todos ellos administran, con sus palabras, la misma vía terapéutica.

Reencuadre: reescribir la frase

La forma más rápida de incorporar todo esto es practicar el reencuadre de las frases habituales de la consulta, antes y después. «Te voy a pinchar, te va a doler un poco» se reescribe como «te voy a dormir la zona; notarás una presión y un pellizquito, nada más». «No te preocupes, no es nada» se transforma en «es muy normal estar así; vamos paso a paso y tú marcas el ritmo». «Aguanta, que

casi termino» pasa a ser «lo estás haciendo genial; nos quedan dos minutos justos». En los tres casos, la maniobra es idéntica, la aguja es la misma y el tiempo no cambia; solo cambian las palabras, y con ellas la experiencia entera. El ejercicio de sentarse a reescribir el repertorio verbal de la consulta —las diez o quince frases que más se repiten al día— es una de las inversiones formativas de mayor rendimiento, porque una vez reescritas y ensayadas, esas frases nuevas actúan en cada paciente, cada día, sin coste adicional alguno.

Dos ejemplos más completan el ejercicio. «Vamos a necesitar varias sesiones para arreglar esto» —que suena a diagnóstico grave— se reescribe como «lo vamos a resolver en varias citas cortas, cada una llevará su parte». Y «esto es una intervención grande» se convierte en «es un tratamiento con varios pasos, y te voy a acompañar en cada uno». En ambos casos, la información no cambia —el número de citas o la complejidad del tratamiento son los mismos—, pero la palabra «grande» o el tono de gravedad desaparecen, sustituidos por una descripción operativa de lo que va a ocurrir. El ejercicio de reescritura se vuelve más fácil con la práctica: basta con preguntarse, ante cualquier frase habitual, qué palabra concreta dispara alarma y sustituirla por una descripción de lo que efectivamente pasará.

Una forma sencilla de que las cuatro reglas del buen decir —nunca nombrar el dolor, describir la sensación y no la amenaza, reforzar y dar control, decir la verdad sobre



Las cuatro reglas del buen decir

Si solo te llevas una página de este cuaderno, que sea esta.

- ☐ **Sugestión positiva.** “Esto va a aliviarte”, “vas a notar cómo mejora”.
- ☐ **Refuerzo.** “Lo estás haciendo muy bien.” El elogio relaja y coopera.
- ☐ **Control.** “Tú me dices”, “cuando estés listo.” Le devuelve el mando.
- ☐ **Sensación neutra.** Describe —presión, frío, un sabor raro—; no amenazas.
- ☐ **Verdad cumplible.** “Dos minutos” de verdad vale más que diez “ya casi”.

el tiempo— pasen del papel al hábito es llevarlas literalmente encima durante las primeras semanas: una tarjeta pequeña, plastificada, en el bolsillo de la bata o pegada al monitor, que se pueda consultar en el segundo de duda antes de una frase automática. Pasado ese periodo de rodaje, la mayoría de los clínicos deja de necesitar la tarjeta porque el vocabulario nuevo ha sustituido al antiguo; pero conviene volver a sacarla de vez en cuando, sobre todo cuando se incorpora personal nuevo al equipo, porque los hábitos verbales viejos reaparecen con facilidad bajo presión de agenda.

Los límites: reencuadrar no es mentir

Conviene marcar un límite claro para no confundir el reencuadre con el engaño. Reencuadrar es elegir, entre varias formas veraces de decir algo, la que menos daño hace; mentir es afirmar algo falso. Decir «vas a notar presión» cuando habrá presión es reencuadre; decir «no vas a notar nada» cuando el paciente sí notará algo es una promesa incumplible que, cuando se rompe, destruye la confianza —precisamente el mecanismo del «no dolerá» que dolió—. El nocebo se evita sin mentir: no anunciando dolor y describiendo la sensación real en términos neutros. Cuando un procedimiento va a ser molesto de verdad, la honestidad calibrada funciona mejor que el optimismo falso: «vas a notar una presión intensa unos segundos, y luego pasa» prepara sin envenenar y, sobre todo, se cumple. El principio que une el reencuadre con la confianza es este: las palabras deben ser a la vez benévolas y verdaderas. Una benevolencia que se apoya en mentiras se paga cara en cuanto la realidad la desmiente.

Las palabras, la marca y la retención

Vista con criterio empresarial, la gestión del lenguaje es una de las herramientas de calidad más eficientes que

existen, porque su coste es prácticamente nulo y su alcance, total. No requiere material, ni inversión, ni alargar las citas; solo formación y disciplina. Y actúa sobre dos activos decisivos de la consulta. Sobre el dolor y la ansiedad del paciente, que reduce por la vía del placebo verbal y de evitar el nocebo. Y sobre la confianza, que protege al eliminar las promesas incumplibles y las sorpresas verbales. Un paciente que sale de la consulta habiendo notado «una presión, nada más» en lugar de «un dolor tremendo» es un paciente que vuelve y que recomienda, y el boca a boca —«no me dolió nada»— es el mejor reclamo que puede tener una clínica dental. Establecer un glosario común, formar al equipo en él y revisarlo periódicamente equivale a instalar un sistema de calidad de coste cero que mejora, a la vez, la experiencia clínica y los resultados de negocio.

De la palabra al cuerpo

Las palabras son la mitad del mensaje; la otra mitad la pone el cuerpo. Y hay una jerarquía que conviene tener presente: cuando la voz dice una cosa y el cuerpo dice otra, el paciente con miedo cree al cuerpo. De poco sirve pronunciar el glosario perfecto —«vamos con calma»— si se hace mirando el reloj, de pie y con gesto de prisa; el mensaje verbal impecable queda desmentido por el mensaje corporal, y el segundo gana. Por eso el cuidado de las palabras necesita su complemento en el cuidado de la comunicación no verbal, que es el asunto del cuaderno siguiente: la mirada, la postura, las manos, el ritmo, la sonrisa tras la mascarilla. La misma seguridad con que se dice una frase debe reflejarse en cómo se mueve y se coloca el clínico. Palabra y cuerpo trabajan juntos o se estorban: solo cuando ambos dicen lo mismo —«aquí estás a salvo»— el mensaje tranquiliza de verdad. La letra ya está escrita; falta que el cuerpo la interprete en la misma clave.

Con cada palabra subes o bajas el dolor que sentirá.

No solo tratas la boca: con el vocabulario modulas lo que el paciente espera —y por tanto lo que siente—. Nombrar el dolor lo invita; describir una sensación neutra lo desactiva. El reencuadre no cuesta tiempo ni dinero, y es una de las anestésias más baratas que tienes. Elige las palabras como eliges el instrumental.

La palabra justa baja el pulso; la palabra torpe lo dispara.

Siguiente: el cuerpo también habla →



Pon a prueba lo que has leído

1. El efecto nocebo es...

- ☐ A Un fármaco
- ☐ B Que las palabras negativas empeoran la experiencia
- ☐ C Un instrumento
- ☐ D Un anestésico

2. "No va a doler" no es buena idea porque...

- ☐ A Es mentira
- ☐ B El cerebro se queda con "doler"
- ☐ C Es largo
- ☐ D Suena técnico

3. En vez de "dolor", mejor decir...

- ☐ A "Agonía"
- ☐ B "Molestia / sensación"
- ☐ C "Tortura"
- ☐ D Nada

4. "No te preocupes" suele...

- ☐ A Calmar
- ☐ B Señalar que hay motivo de preocupación
- ☐ C No hacer nada
- ☐ D Doler

5. El placebo verbal consiste en...

- ☐ A Mentir
- ☐ B Usar sugestión positiva y refuerzo
- ☐ C Callar
- ☐ D Acelerar

6. Sobre el tiempo, conviene...

- ☐ A Decir "casi está" siempre
- ☐ B Decir la verdad cumplible
- ☐ C No hablar
- ☐ D Exagerar

SOLUCIONES 1·B 2·B 3·B 4·B 5·B 6·B

Tres ideas de este cuaderno

- 1 Las palabras **crean** la experiencia: el mismo gesto duele más o menos según cómo lo nombres.
- 2 Nunca nombres el dolor —ni para negarlo—; **describe la sensación**, no la amenaza.
- 3 Cambia el **falso consuelo** por información, refuerzo y control. El reencuadre es anestesia gratis.

PRÓXIMO CUADERNO

El cuerpo también habla

07

→ AVANCE

Pero el paciente no solo escucha tus palabras: lee tu cara, tus manos, tu prisa. El lenguaje no verbal puede desmentir todo lo que dices —o reforzarlo.

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

Efecto nocebo y comunicación clínica del dolor (revisiones) · AAPD. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient (reencuadre / euphemisms) · Avramova N. Dental Fear, Anxiety and Phobia. J Mind Med Sci 2023 · Barómetro de la Salud Bucodental en España 2024 · Institutos Odontológicos.