

CUADERNO **08**

El miedo amplifica el dolor

No es una metáfora: el miedo y el dolor comparten circuitos.

El mismo estímulo duele más en un paciente ansioso.

La prueba de que todo lo anterior era clínica, no cortesía.

El miedo es analgesia al revés

Que el miedo aumenta el dolor no es una forma de hablar. La ansiedad modula los circuitos de la nocicepción: el mismo estímulo se siente más intenso.



“ La emoción y el estrés modulan la nocicepción por **varias vías neurobiológicas**. El dolor no es solo lo que ocurre en el diente: es lo que el cerebro hace con esa señal —y el miedo sube el volumen.

PAIN AND ANXIETY IN DENTISTRY (FRONTIERS) · NEUROIMAGEN DE LA MODULACIÓN DEL DOLOR

→ EL HILO

Y no es teoría de laboratorio: se mide en el sillón, una y otra vez.

En profundidad — La neurobiología del miedo que duele

El miedo es analgesia al revés

Que el miedo aumenta el dolor no es una forma de hablar ni una concesión a la sensibilidad del paciente: es un hecho neurobiológico. La ansiedad modula los circuitos de la nocicepción, de manera que el mismo estímulo se siente más intenso en un paciente atemorizado que en uno tranquilo. El dolor no es solo lo que ocurre en el diente; es lo que el cerebro hace con esa señal, y el miedo sube el volumen. Esta afirmación cambia el estatus de todo lo anterior en la colección: la confianza, la palabra, el entorno y el cuerpo no eran cortesía añadida a la técnica, sino la primera línea de la analgesia. Y no es teoría de laboratorio: se mide en el sillón, una y otra vez. Comprender la maquinaria por la que el miedo amplifica el dolor —y, sobre todo, comprender que esa maquinaria es bidireccional— es lo que permite girarla a favor: si el miedo sube el dolor, bajar el miedo lo baja. Este cuaderno es la bisagra que convierte el buen trato en clínica con fundamento.

La puerta de Melzack y Wall

Durante siglos se pensó que el dolor era la transmisión fiel de una señal desde la periferia hasta el cerebro, como un cable que lleva la corriente sin alterarla. La teoría de la puerta, formulada por Melzack y Wall en 1965, rompió ese esquema. En el asta posterior de la médula existe un mecanismo —una «puerta»— que puede amplificar o atenuar la señal nociceptiva antes de que ascienda al cerebro, en función de otras entradas: el tacto, la atención, el estado emocional. La puerta puede abrirse, dejando pasar más dolor, o cerrarse, dejando pasar menos. Esta teoría, que revolucionó la comprensión del dolor, es la base conceptual de todo el cuaderno: si el dolor se modula en su camino, entonces factores como el miedo, la atención o la información pueden intervenir en cuánto dolor llega finalmente a la conciencia. Explica, por ejemplo, por qué frotar una zona golpeada alivia —el tacto «cierra la puerta»— y anticipa por qué la distracción y el control del miedo funcionan como analgesia.

La evidencia está en el sillón

Cuando se mide, el patrón se repite: a más ansiedad, más dolor.

+dolor

Los pacientes muy ansiosos refieren **más dolor —y más duradero—** durante la inyección.

Br Dent J, 2008

0,405

Correlación directa entre **ansiedad y dolor** durante la anestesia infiltrativa.

Khartoum, 2024

↓ umbral

Los muy ansiosos **toleran menos el dolor**, incluso fuera de la consulta.

Tromsø (n=20.186)



*Y el recuerdo se distorsiona: las **emociones negativas predicen el dolor recordado** mejor que el dolor real. Un mal recuerdo siembra el miedo de la próxima vez —y vuelve a subir el dolor.*

→ EL HILO

Ese recuerdo doloroso es el primer eslabón de un bucle que conoces bien.

La neuromatriz

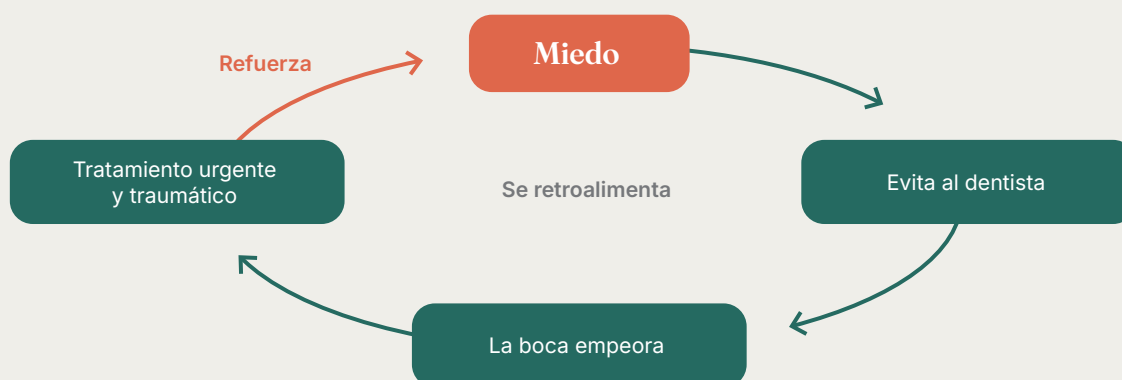
Melzack fue más allá de su propia teoría de la puerta y propuso, años después, el concepto de neuromatriz: el dolor no es una señal que el cerebro recibe pasivamente, sino una salida que el cerebro produce, integrando la información nociceptiva con la memoria, la emoción, la atención y el contexto. Según este marco, la experiencia del dolor la genera una red neuronal amplia, y el estímulo periférico es solo uno de sus muchos ingredientes. La implicación es profunda: el dolor puede existir sin daño proporcionado, y un mismo daño puede producir dolores muy distintos según el estado del cerebro que lo procesa. Para la clínica dental, esto significa que el objetivo no es solo minimizar el estímulo —con la aguja fina, la técnica suave, el anestésico—, sino también modular el cerebro que lo interpreta, actuando sobre el miedo, la atención y la expectativa. La neuromatriz da fundamento teórico a la idea, central en esta colección, de que se puede reducir el dolor sin cambiar el estímulo, simplemente cambiando lo que el cerebro hace con él.

La modulación descendente

El cerebro no solo recibe dolor: lo regula activamente mediante un sistema descendente que desciende desde la corteza y el tronco del encéfalo —con estaciones clave en la sustancia gris periacueductal y el bulbo rostroventral— hasta la médula, donde puede inhibir o facilitar la señal nociceptiva, en parte a través de opioides endógenos. Este sistema es bidireccional, y ahí reside la clave. En un estado de calma, tiende a inhibir el dolor; en un estado de ansiedad, puede inclinarse hacia la facilitación, amplificando la señal antes de que llegue a la conciencia. Por eso el mismo pinchazo produce distinto dolor en un paciente sereno y en uno atemorizado: no es que el ansioso exagere, sino que su propio sistema de modulación está trabajando en su contra. Comprender la modulación descendente es comprender el mecanismo físico por el que una emoción —el miedo— se convierte en más dolor. Y es también la vía por la que la calma se convierte en menos: el mismo sistema que amplifica bajo ansiedad, inhibe bajo tranquilidad.

El bucle que llena las urgencias

El miedo y el dolor se alimentan en círculo — y ese círculo vacía agendas y llena urgencias.



🔄 Es el “**círculo vicioso del miedo dental**”: evitar lleva a tratamientos más invasivos, que refuerzan el miedo y empujan a evitar más. Dentro de cada cita hay un bucle más rápido: **miedo → tensión → más dolor → más miedo**.

ARMFIELD, STEWART & SPENCER. THE VICIOUS CYCLE OF DENTAL FEAR. BMC ORAL HEALTH 2007.

La evidencia en el sillón

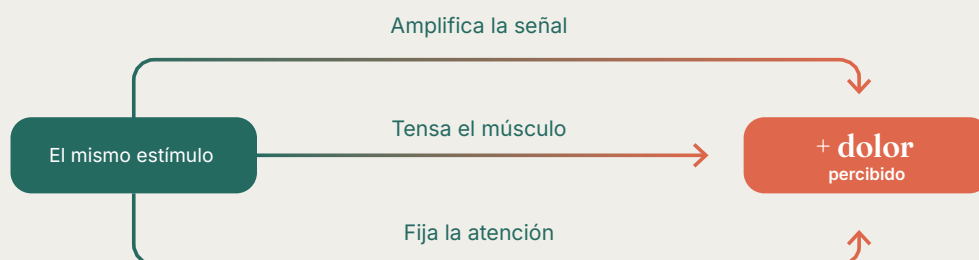
El fenómeno no es solo teórico; se mide de forma reiterada en la consulta. Los pacientes muy ansiosos refieren más dolor —y más duradero— durante la inyección de anestésico, un hallazgo repetido en distintas poblaciones. Los estudios cuantifican una correlación directa entre ansiedad y dolor durante la anestesia infiltrativa. Y el fenómeno se extiende más allá de la consulta: en grandes muestras poblacionales, las personas más ansiosas toleran menos el dolor en general, con umbrales más bajos. A esto se añade un dato especialmente relevante para la fidelización: el recuerdo se distorsiona, y las emociones negativas predicen el dolor recordado mejor que el dolor realmente experimentado. Un mal recuerdo siembra el miedo de la próxima vez, que vuelve a subir el dolor real, cerrando un bucle. La evidencia clínica converge, por tanto, en una conclusión práctica: la ansiedad no es un ruido de fondo que el clínico deba tolerar, sino una variable que actúa directamente sobre el dolor que el paciente siente y sobre el que recordará.

Ansiedad, atención y expectativa

La honestidad científica obliga a un matiz que el propio fascículo señala: parte de la investigación sitúa el peso no tanto en la «ansiedad» en abstracto como en la atención y la expectativa. La ansiedad anticipatoria amplifica el dolor incluso antes de que llegue el estímulo, y los estudios de neuroimagen muestran que la información precisa sobre lo que va a ocurrir «desengancha» redes ligadas al hipocampo y alivia ese dolor anticipado (Ploghaus et al., 2001). La expectativa configura la experiencia del dolor, como demuestran los trabajos sobre modulación de la respuesta dolorosa por lo que el sujeto anticipa. Y la atención, al ser finita, explica que la distracción funcione como analgesia. Lejos de debilitar el mensaje, este matiz lo mejora para el clínico: distraer y anticipar bien son, precisamente, las dos cosas que sí están bajo su control. No hace falta resolver el debate teórico sobre si pesa más la ansiedad o la atención para actuar; basta con saber que informar con precisión y ocupar la atención del paciente reducen el dolor de forma demostrable.

Tres formas de subir el volumen

La ansiedad no amplifica el dolor por una vía, sino por tres a la vez.



- 1 **Amplificación directa.** El cerebro sube la ganancia de la señal nociceptiva.
 - 2 **Tensión muscular.** El cuerpo en alerta se tensa; el músculo sobrecargado duele más.
 - 3 **Hipervigilancia.** Toda la atención puesta en la amenaza agranda cada sensación.
- + **Por eso distrae.** Si la atención se va (música, vídeo), el volumen baja — con evidencia.

i *Matiz honesto: parte de la investigación sitúa el peso en la **atención y la expectativa** más que en la “ansiedad” en abstracto. Mejor todavía para ti: **distraer y anticipar** son justo las dos cosas que sí controlas.*

La hipervigilancia

Uno de los mecanismos por los que el miedo amplifica el dolor es la hipervigilancia: la atención del paciente ansioso se estrecha y se fija sobre la amenaza, de modo que cada sensación corporal se agranda. El que teme escruta cada sonido de la turbina, cada roce, cada cambio de presión, y esa vigilancia intensa convierte estímulos menores en señales de dolor. A ello se suma un rasgo relacionado, la sensibilidad a la ansiedad: la tendencia a interpretar como peligrosas las propias sensaciones corporales. Los estudios muestran que la sensibilidad a la ansiedad predice el dolor en procedimientos dentales restauradores (Klages et al., 2006): el paciente que teme sus propias sensaciones las vive con más intensidad. La consecuencia clínica es doble. Por un lado, explica por qué distraer funciona: si la atención se retira de la amenaza, el volumen baja. Por otro, señala a qué pacientes conviene aplicar con más énfasis las estrategias de distracción y anticipación: aquellos cuya hipervigilancia y

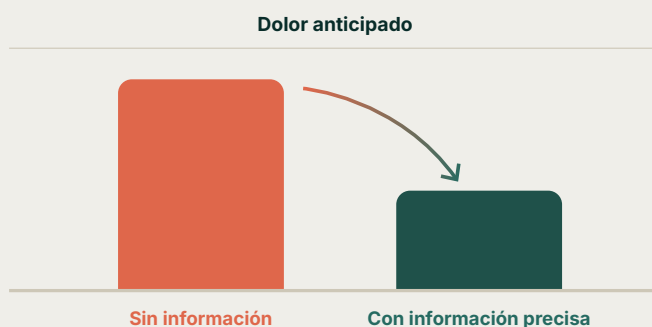
sensibilidad a la ansiedad los predisponen a amplificar cada sensación del gabinete.

La catastrofización

La catastrofización del dolor es uno de los predictores psicológicos más robustos de la intensidad del dolor percibido. La escala de Sullivan la desglosa en tres componentes: la rumiación —no poder dejar de pensar en el dolor—, la magnificación —esperar lo peor— y la indefensión —sentir que no se puede hacer nada—. Los pacientes que puntúan alto en catastrofización reaccionan, ante el mismo estímulo, más dolor que los que puntúan bajo. Este rasgo no es un defecto moral ni una exageración voluntaria: es un estilo de procesamiento cognitivo que amplifica realmente la experiencia dolorosa. Reconocerlo tiene utilidad clínica, porque orienta la intervención. Con un paciente catastrofizador, las estrategias que reducen la rumiación (la distracción), que corrigen la magnificación (la información realista y

El dolor que llega antes que la aguja

La anticipación ansiosa amplifica el dolor incluso antes del estímulo. Pero tiene un antídoto neurológico: la información.



⚡ La información precisa antes del procedimiento “desengancha” el hipocampo y alivia el dolor. Dicho de otro modo: anticipar bien —el “decir” del N° 05— es, literalmente, analgésico.

PLOGHAUS ET AL. EXACERBATION OF PAIN BY ANXIETY... HIPPOCAMPAL NETWORK. J NEUROSCI 2001.

- **Qué vas a notar.** La sensación concreta: presión, frío, vibración.
- **Cuánto va a durar.** “Diez segundos y paro.” Un final a la vista calma.
- **La señal de parar.** Saber que puede frenar reduce el dolor anticipado.

→ EL HILO

Si la palabra es analgesia, el círculo se puede girar al revés. Veamos cómo.

anticipatoria) y que devuelven control (la señal de parada, la decisión compartida) son especialmente valiosas, porque atacan directamente los tres componentes del patrón. La catastrofización, como la hipervigilancia, muestra que buena parte de la variabilidad del dolor entre pacientes no está en la boca, sino en cómo el cerebro procesa la señal.

El modelo miedo-evitación

La psicología del dolor ha formalizado el bucle en el modelo miedo-evitación, propuesto por Vlaeyen y Linton: la catastrofización alimenta el miedo al dolor, el miedo lleva a evitar la situación temida, la evitación produce deterioro —físico y funcional—, y el deterioro confirma y refuerza el miedo. Es un círculo que se autoperpetúa. Aplicado a

la odontología, coincide punto por punto con el círculo vicioso del miedo dental descrito por Armfield: evitar al dentista conduce a que la boca empeore, lo que obliga a tratamientos más invasivos y traumáticos, que refuerzan el miedo y empujan a evitar todavía más. Y dentro de cada cita opera, además, un bucle más rápido: miedo, tensión, más dolor, más miedo. Ver el problema como un circuito —y no como un rasgo fijo e inmodificable del paciente— es lo que abre la puerta a la intervención: un circuito se puede interrumpir en cualquiera de sus puntos. Romper el bucle en el eslabón más accesible —la experiencia indolora en el sillón— desactiva toda la cadena aguas abajo.

Dos palancas que lo giran al revés

i el miedo sube el dolor, bajar el miedo lo baja. Y se actúa por los dos lados a la vez.

Baja el miedo

- Confianza e información
- **Decir-mostrar-hacer**
- Palabras que curan
- Entorno y distracción
- Respiración guiada y pausas pactadas

Todo lo de los cuadernos 2-7 es, en realidad, analgesia.

Baja el dolor físico

- Anestesia **tópica** antes de la aguja
- Aguja fina y anestésico templado
- Inyección **lenta**, presión controlada
- La punción más molesta, al final
- Técnica suave de principio a fin



*Las dos palancas se refuerzan: **menos dolor hoy = menos miedo mañana**. Un tratamiento sin dolor convierte el círculo vicioso en virtuoso.*

→ EL HILO

*¿Y dónde está el eslabón más temido, el que más conviene atacar? En la **aguja**.*

La tensión: el eslabón somático

El miedo no amplifica el dolor solo por vías centrales; tiene también un eslabón somático evidente y sobre el que se puede actuar directamente. El cuerpo en alerta se tensa: la musculatura en guardia, la activación del sistema nervioso simpático, la respiración contenida y superficial. Un músculo sobrecargado duele más, y la tensión mantenida convierte una molestia menor en dolor franco, además de dificultar el propio procedimiento. Este componente cierra el bucle rápido de la cita —miedo, tensión, dolor, más miedo— dentro de una misma sesión. Su ventaja clínica es que resulta accesible al paciente y al clínico: se puede intervenir sobre él de forma inmediata con respiración guiada, con pausas pactadas, con una postura cómoda y con la manta ligera que induce relajación. Aflojar la tensión física es una de las maneras más rápidas de bajar el volumen del dolor, porque interrumpe la cadena en un punto tangible. Mientras que los mecanismos centrales son difíciles de manipular directamente,

la tensión muscular es una palanca somática al alcance de la mano.

Tres formas de subir el volumen

Conviene reunir los mecanismos, porque la ansiedad no amplifica el dolor por una vía, sino por tres a la vez, y entenderlas ayuda a elegir la contramedida. Primera, la amplificación directa: el cerebro sube la ganancia de la señal nociceptiva a través de la modulación descendente inclinada hacia la facilitación. Segunda, la tensión muscular: el cuerpo en alerta se tensa, y el músculo sobrecargado duele más. Tercera, la hipervigilancia: toda la atención puesta en la amenaza agranda cada sensación. Las tres operan simultáneamente sobre el mismo estímulo, sumando sus efectos. La buena noticia es que cada una tiene su antídoto entre las herramientas de la consulta: la amplificación central se contrarresta bajando el miedo con confianza e información; la tensión, con relajación y pausas; la hipervigilancia, con distracción. Por eso dis-

Dolor controlado, miedo controlado

Aquí se juntan los dos hilos de la colección. La evidencia señala un punto concreto donde actuar: la inyección.

- 1 **La anestesia local es el factor que más ansiedad genera** en toda la consulta. El miedo a la aguja encabeza la lista.
- 2 **Los pacientes ansiosos sienten más dolor —y más largo— en el pinchazo.** Justo el momento que más temen es el que más se les amplifica.
- 3 **La literatura lo recomienda explícitamente:** usar anestesia de superficie (tópica) y dejar la inyección más dolorosa para el final.
- 4 **Y cierra el círculo en positivo:** un tratamiento sin dolor mejora la aceptación de las visitas futuras.



Reducir el dolor del pinchazo no es un detalle de confort: rompe el eslabón más temido del círculo. De eso trata, de lleno, el próximo cuaderno.

BR DENT J 2008 · ESTUDIO DE ANSIEDAD EN ANESTESIA INFILTRATIVA, 2024

traer, informar y relajar no son gestos intercambiables ni redundantes: atacan mecanismos distintos del mismo problema. Un manejo completo del dolor amplificado por el miedo actúa sobre las tres vías, no sobre una sola, porque las tres contribuyen al volumen final.

La anticipación: el dolor antes de la aguja

La anticipación ansiosa amplifica el dolor incluso antes de que llegue el estímulo: el paciente ya sufre imaginando lo que vendrá. Pero esta anticipación tiene un antidoto neurológico concreto: la información. Los estudios de neuroimagen de Ploghaus y colaboradores mostraron que la información precisa sobre lo que va a ocurrir «desengancha» la red hipocampal implicada en la exacerbación del dolor por la ansiedad, y alivia el dolor anticipado. Dicho de otro modo, anticipar bien —el «decir» del decir-mostrar-hacer— es, literalmente, analgésico. La información útil tiene tres componentes: qué se va a notar (la sensación concreta: presión, frío, vibración), cuánto va a durar («diez segundos y paro», porque un final a la vista calma), y la señal de parar (saber que se puede frenar reduce el dolor anticipado). Esta es una de las conexiones más elegantes de la colección: la técnica de comunicación de los cuadernos anteriores no solo mejora la experiencia subjetiva, sino que actúa sobre un mecanismo

neurológico identificado de amplificación del dolor. La palabra precisa es analgesia con base en neuroimagen.

La memoria del dolor

El recuerdo del dolor no es una grabación fiel, sino una reconstrucción, y esta maleabilidad tiene consecuencias clínicas de primer orden. Las emociones negativas asociadas a un procedimiento 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 círculo entre visitas. La lectura pesimista es que un mal momento puede pesar durante años más que su duración real. La optimista, y clínicamente decisiva, es que si el recuerdo se puede distorsionar a peor, también se puede orientar a mejor. Como desarrolla el cuaderno N° 12 con la regla pico-final, cómo termina una cita reescribe el recuerdo de toda ella. La memoria no es solo el mecanismo que perpetúa el miedo de cita en cita; es también una de las palancas más poderosas para desmontarlo, actuando sobre el final de cada sesión.



Bajar el dolor bajando el miedo

Siete acciones que actúan sobre las dos palancas a la vez.

- ☐ **Construye confianza antes de tratar.** Cuadernos 2 y 3.
- ☐ **Anticipa cada paso: decir-mostrar-hacer.** Anticipar bien es analgésico.
- ☐ **Cuida las palabras:** describe sensación, no dolor.
- ☐ **Ofrece distracción.** Música, auriculares, algo que apretar.
- ☐ **Usa anestesia tópica antes de la aguja.**
- ☐ **Controla la presión y el ritmo de la inyección.** Despacio duele menos.
- ☐ **Deja la inyección más molesta para el final.**

Romper el círculo: dos palancas

La conclusión operativa de toda la neurobiología anterior es simétrica y esperanzadora: si el miedo sube el dolor, bajar el miedo lo baja, y se puede actuar por los dos lados a la vez. Por un lado, todo lo conductual de los cuadernos previos —confianza e información, decir-mostrar-hacer, palabras que curan, entorno y distracción, respiración guiada y pausas pactadas— es, en realidad, analgesia, porque reduce la amplificación central, la tensión y la hipervigilancia. Por otro, el control del dolor físico —anestesia tópica antes de la aguja, aguja fina y anestésico templado, inyección lenta con presión controlada, dejar la punción más molesta para el final, técnica suave de principio a fin— reduce el estímulo. Y las dos palancas se refuerzan mutuamente: menos dolor hoy significa menos miedo mañana, y menos miedo mañana significa menos dolor en la siguiente cita. Un tratamiento sin dolor convierte el círculo vicioso en virtuoso. El clínico que entiende esto deja de elegir entre «tratar bien» y «tratar rápido»: comprende que ambas palancas trabajan sobre el mismo mecanismo y se potencian.

El punto de palanca: la inyección

La evidencia señala un punto concreto donde conviene concentrar el esfuerzo, porque en él convergen los dos hilos de la colección: la inyección de anestésico local. Cuatro hechos lo justifican. Primero, la anestesia local es el factor que más ansiedad genera en toda la consulta; el miedo a la aguja encabeza casi todas las listas. Segundo, los pacientes ansiosos sienten más dolor —y más duradero— en el pinchazo, de modo que el momento que más

temen es también el que más se les amplifica. Tercero, la literatura recomienda explícitamente usar anestesia de superficie (tópica) antes de la aguja y dejar la punción más dolorosa para el final. Y cuarto, cierra el círculo en positivo: un tratamiento sin dolor mejora la aceptación de las visitas futuras. Reducir el dolor del pinchazo no es, por tanto, un detalle de confort, sino la rotura del eslabón más temido del círculo, con retorno clínico y de fidelización. Por eso el manejo de la punción merece atención preferente: es donde una intervención pequeña produce el mayor efecto sobre el miedo global del paciente.

De la evidencia a la herramienta

Este cuaderno ha demostrado que el miedo amplifica el dolor por mecanismos neurobiológicos reales, y que esos mecanismos son bidireccionales, de modo que bajar el miedo baja el dolor. Ha señalado también el punto de máxima palanca: la inyección. La consecuencia natural es preguntarse con qué herramienta concreta se ataca ese eslabón, y ahí entra el cuaderno siguiente, dedicado a la anestesia tópica. Tras ocho números sobre la palabra, el entorno y el cuerpo, la colección introduce por fin el primer recurso farmacológico, y lo hace situándolo en su lugar correcto: no como un trámite previo a la inyección, sino como una pieza de manejo de la ansiedad con evidencia propia, sinérgica con todo lo conductual anterior. La anestesia tópica no sustituye a la palabra ni al buen trato; los complementa, actuando sobre la palanca del dolor físico mientras aquellos actúan sobre la del miedo. Es el punto donde la neurobiología de este cuaderno se convierte en una intervención

Tratar el miedo es **tratar el dolor**. No es amabilidad: es **clínica**.

El miedo y el dolor son el mismo circuito visto dos veces. La ansiedad amplifica la señal, tensa el cuerpo y fija la atención en la amenaza; el dolor, a su vez, siembra más miedo. Por eso todo lo anterior —la confianza, el entorno, la palabra, el cuerpo— no era cortesía: era analgesia. Y por eso controlar el dolor físico, empezando por la aguja, es la otra mitad del tratamiento.

Baja el miedo y baja el pulso; baja el pulso y baja el dolor.

Siguiente: la anestesia tópica →



Pon a prueba lo que has leído

1. El miedo amplifica el dolor" significa que...

- ☐ A El dolor es imaginario
- ☐ B El mismo estímulo duele más en un ansioso
- ☐ C No hay relación
- ☐ D Solo el dolor causa miedo

2. Durante la inyección, los pacientes muy ansiosos refieren...

- ☐ A Menos dolor
- ☐ B Más dolor y más duradero
- ☐ C Igual
- ☐ D Ninguno

3. El "círculo vicioso del miedo" incluye...

- ☐ A Evitar → peor salud → tratamiento traumático → más miedo
- ☐ B Más visitas
- ☐ C Menos caries
- ☐ D Nada

4. La información precisa antes del procedimiento...

- ☐ A Aumenta el dolor
- ☐ B Lo alivia (desengancha el hipocampo)
- ☐ C No influye
- ☐ D Da igual

5. ¿Cuál NO es una vía por la que la ansiedad sube el dolor?

- ☐ A Amplificación directa
- ☐ B Tensión muscular
- ☐ C Hipervigilancia
- ☐ D Bajar la tensión arterial

6. Para la inyección en pacientes ansiosos se recomienda...

- ☐ A no anestesiarse
- ☐ B Tópica y dejar la más dolorosa para el final
- ☐ C ir rápido
- ☐ D Regañar

SOLUCIONES 1·B 2·B 3·A 4·B 5·D 6·B

Tres ideas de este cuaderno

- 1 El miedo **amplifica el dolor** de verdad: por amplificación directa, tensión y atención.
- 2 Miedo y dolor se alimentan en un **círculo vicioso** que llena las urgencias.
- 3 Bajar el miedo **baja el dolor** —y al revés—. La confianza es analgesia; la tópica, también.

PRÓXIMO CUADERNO
La anestesia tópica

09

→ AVANCE

*Entramos en el bloque del dolor. El eslabón más temido del círculo es la aguja — y antes de la aguja está la **anestesia tópica**. Qué hace, cuándo usarla y por qué cambia la experiencia.*

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

Armfield J. et al. The vicious cycle of dental fear. BMC Oral Health 2007 · Ploghaus A. et al. Exacerbation of pain by anxiety... hippocampal network. J Neurosci 2001 · van Wijk & Hoogstraten. Highly anxious dental patients report more pain during injections. Br Dent J 2008 · Pain and Anxiety in Dentistry (Frontiers) · Avramova N., J Mind Med Sci 2023 · Barómetro 2024.