

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

TÍTULO DEL TRABAJO:

**ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE
ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL
2016 AL 2020.**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CENTRO DE SALUD T-III CARMEN SERDAN

ESMERALDA MIRANDA DINA

2173026001

1 FEBRERO 2023 - 31 ENERO 2024

ENERO, 2026.

C.D.E.O. ANALY RESENDIZ LOPEZ.
C.D. ANTONIO BELMONT GUERRERO.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA
EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.



ASESOR EXTERNO
C.D. ANTONIO BELMONT GUERRERO.
COORDINADOR DE SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA,
C.S. TIII CARMEN SERDAN.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA
EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large loop and several strokes, positioned above a horizontal line.

C.D.E.O. ANALY RESENDIZ LOPEZ.
ASESOR INTERNO

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA
EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.



C.D.E.O KARLA IVETTE OLIVA OLVERA.
COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

RESUMEN.

La salud bucal en la primera infancia es fundamental para prevenir enfermedades como la caries, por lo que los programas de atención preventiva, como el Programa de Odontología para el Bebé de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, buscan promover hábitos adecuados de higiene bucal, educación a los padres y seguimiento odontológico. Sin embargo, la adherencia a este tipo de programas puede verse influenciada por distintos factores sociales, económicos y familiares.

El objetivo de este estudio fue analizar la adherencia de los pacientes al Programa de Odontología para el Bebé durante el periodo 2016-2020 y su relación con algunos determinantes sociales. Se realizó un estudio transversal, cuantitativo, descriptivo y observacional con una muestra de 234 pacientes inscritos en el programa. Se analizaron variables sociodemográficas de los padres, manchas blancas y el tiempo de permanencia en el programa.

Los resultados mostraron que la mayoría de las madres tenía entre 20 y 29 años (57.7%) y el 63.2% se dedicaba al hogar. Asimismo, se observó un incremento en la detección de lesiones de mancha blanca, pasando de 39.7% al inicio del programa a 47% al finalizar. En cuanto a la adherencia, una proporción considerable de pacientes presentó una permanencia menor a seis meses, lo que evidencia una disminución progresiva en la continuidad del seguimiento.

Se concluye que, si bien los determinantes sociales pueden influir en la participación en programas preventivos, la adherencia depende en gran medida del compromiso y la participación activa de los padres o cuidadores en el seguimiento de las recomendaciones y en la asistencia regular a las consultas odontológicas.

Palabras clave: adherencia, odontología para el bebé, mancha blanca, determinantes sociales de la salud, prevención en salud bucal.

**ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA
EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.**

ÍNDICE

RESUMEN.	5
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL	7
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN	8
Introducción	8
Marco Teórico	9
Odontología para el Bebé	9
Caries dental	10
Lesión de mancha blanca	10
ICDAS (Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries)	11
Riesgo de caries	13
Evaluación del riesgo a caries	13
Factores biológicos	15
Factores de riesgo conductuales	17
Determinantes sociales de salud	19
Adherencia al tratamiento y seguimiento.	22
Objetivo general	23
Objetivos específicos	23
Metodología	24
Análisis	25
Resultados	25
1. Distribución por género de los pacientes.	25
2. Edad de las madres	26
3. Edad de los padres	27
4. Ocupación de las madres	28
6. Presencia de manchas blancas	30
Discusión	32
Conclusiones	34
Anexos	35
Bibliografía	37
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA	41
CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	44
Bitácora de actividades	46
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	49
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	50

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

Durante el periodo comprendido del 1 de febrero de 2023 al 31 de enero del 2024 realicé mi servicio social en el Centro de Salud T-III Carmen Serdán, Coyoacán, Ciudad de México.

Durante este año realice distintas actividades enfocadas en la prevención tales como dar pláticas sobre técnica de cepillado, uso de hilo dental, entrega de tabletas reveladoras de placa dentobacteriana y aplicación de flúor en barniz, realización de trípticos, periódicos murales y dinámicas para que la población se acercara al servicio dental dentro del Centro de Salud. Dentro del Servicio Dental se realizaban actividades y tratamientos como: Historia Clínica, Profilaxis, remoción de sarro, aplicación de flúor en barniz marca Voco, fluor en gel, selladores de fosetas y fisuras, remoción de caries y colocación de resinas, exodoncias, lo anterior realizado tanto en niños como en adultos.

La investigación de mi proyecto está enfocada en la adhesión que tienen los padres a un programa de salud bucal gratuito enfocado en captar a bebés desde los 4 meses hasta los 3 años de edad y educar a los padres con el fin de evitar que los pacientes desarrollen caries en edades tempranas. Se examinaron 234 expedientes de bebés inscritos al programa. Se registraron datos en Excel sobre: edad de los niños, levantamiento de caries, mancha blanca, permanencia en el programa, edad de los padres y grado de estudios de los padres.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

Introducción.

La salud bucal en niños juega un papel importante en el bienestar integral durante los primeros años de vida, por lo que el programa de Odontología para el Bebé, implementado en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, busca establecer una cultura de prevención desde los primeros meses de vida, promoviendo hábitos adecuados de higiene bucal y visitas periódicas al dentista.

Sin embargo, la adherencia al programa por parte de los cuidadores o padres de familia ha demostrado ser deficiente pues factores como el nivel educativo, ingresos económicos, condiciones familiares y entorno social pueden influir significativamente en la continuidad y seguimiento del programa (1).

Al analizar la adherencia al Programa de Odontología para el Bebé, UAM Xochimilco, en el periodo comprendido entre 2016 y 2020 se identificó qué determinantes sociales influyen en la participación y seguimiento de los pacientes al programa, siendo los principales la edad de los padres, la escolaridad y el nivel socioeconómico. Sin embargo, la falta de adherencia también puede estar relacionada con la escasa o nula priorización de la salud bucal dentro del entorno familiar ligada con una baja responsabilidad en el seguimiento de las recomendaciones preventivas, lo que representa un desafío importante para lograr una adhesión importante y por ende resultados de prevención satisfactorios.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Marco Teórico

Odontología para el Bebé

La odontología para el bebé se encarga de la atención bucodental desde el nacimiento hasta los tres años de edad. Su objetivo principal es la prevención de enfermedades bucales, la detección temprana de factores de riesgo y la orientación a padres o cuidadores respecto a prácticas adecuadas de higiene oral, alimentación y hábitos saludables.

De acuerdo con Luiz Walter, la educación dirigida a los padres es el componente principal de la odontología para el bebé, ya que durante los primeros años de vida el cuidado bucal depende completamente de ellos, por ello la visita odontológica debe realizarse durante el primer año de vida o con la erupción del primer diente, con el fin de orientar, prevenir y acompañar el desarrollo oral del niño.(2)

La American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) establece que la intervención preventiva desde edades tempranas es esencial para disminuir la prevalencia de caries de la infancia temprana y promover una salud bucal óptima a lo largo de la vida. Además, formar un “hogar dental” desde el primer año de vida favorece la continuidad de la atención, la prevención de enfermedades y la educación constante de la familia.(3)

Los programas preventivos en odontología para el bebé buscan disminuir la prevalencia de caries y otras enfermedades bucales mediante acciones educativas, control de dieta, aplicación de medidas preventivas y seguimiento continuo(4).

El Programa de Odontología para el Bebé implementado en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, se fundamenta en este modelo preventivo, promoviendo la participación activa de los padres o cuidadores en el cuidado de la salud bucal de sus pequeños.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Caries dental

La caries dental es una enfermedad dinámica, multifactorial, no transmisible y mediada por biopelículas, modulada por la dieta, que provoca una pérdida neta de minerales en los tejidos duros dentales. Está determinada por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales. Como consecuencia de este proceso, se desarrolla una lesión de caries. (5)

Lesión de caries

La lesión de caries es el signo clínico de la caries. Las lesiones de caries se pueden clasificar según su ubicación anatómica en el diente (superficie coronal o radicular/cemento), su gravedad (p. ej., no cavitada, cavitada), su profundidad de penetración en el tejido (p. ej., esmalte, dentina, pulpa) y su estado de actividad (activa, inactiva). (5)

Lesión de caries inicial

El término "lesión de caries inicial" se utiliza con frecuencia para referirse a una lesión de caries no cavitada. Si bien implica una lesión en etapa temprana, esta podría haber estado presente en la boca durante toda la vida. El término se refiere al grado de gravedad y no indica la actividad de la lesión. (5)

Lesión de mancha blanca

El término lesión de "mancha blanca" fue definido por Fejerskov, como «el primer signo de lesión de caries en esmalte que puede detectarse a simple vista» y se utiliza junto con los términos lesión de caries inicial o lesión incipiente. Esta se caracteriza por ser más suave que el esmalte sano adyacente, cuyas características clínicas muestran una capa superficial relativamente intacta y algunos daños en la subsuperficie, debido al ácido formado por la placa en la superficie del diente.

Por ello, es la primera manifestación clínicamente detectable de una lesión de caries y su identificación temprana de estas lesiones es de gran relevancia, ya que posibilita la implementación de estrategias de manejo no invasivo. (5, 6, 7)

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Imagen 1. Paciente con lesión de mancha blanca en incisivos, laterales y caninos superiores.

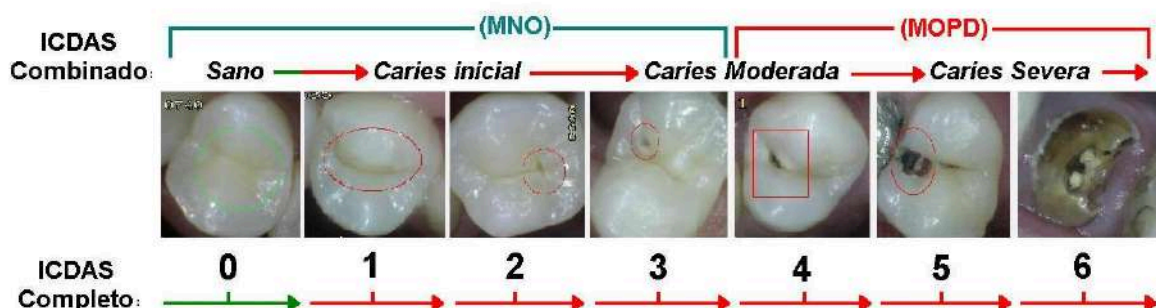


Fuente: Tomada por el autor, 2025.

ICDAS (Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries)

El Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries, es un sistema de puntuación clínica para su uso en la educación odontológica, la práctica clínica, la investigación y la epidemiología, y proporciona un marco para apoyar y facilitar el manejo integral personalizado de la caries y así mejorar los resultados de salud a largo plazo. (8, 9)

Imagen 2. ICDAS Combinado y completo.



Fuente: <https://www.sdpt.net/ICDAS/ICCMS/manejoindividualdelesiones.htm>

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

En los últimos años buscando simplificar la práctica clínica se ha pasado a tener la posibilidad de unión de puntuaciones que presentan similitud en cuantos la decisión del tratamiento.

Imagen 3. Definición de categorías combinadas ICCMS™ Caries Merged categories.

Definición de categorías combinadas ICCMS™ Caries Merged categories			
Categorías de caries	Superficies sanas (código ICDAS 0)		Superficie dental sana sin evidencia de caries visible cuando se observa la superficie limpia y después de secado prolongado con aire (5 segundos).
	Estadio inicial de caries (códigos ICDAS 1 y 2)		Primer cambio visible o detectable en el esmalte visto como una opacidad de caries o decoloración visible (lesión de mancha blanca y/o café) no consistente con el aspecto clínico del esmalte sano (código ICDAS 1 o 2).
	Estadio moderado de caries (códigos ICDAS 3 y 4)		Una lesión de mancha blanca o café con Ruptura localizada del esmalte , sin dentina expuesta visible (código ICDAS 3), o una sombra subyacente de dentina (código ICDAS 4), que obviamente se originó en la superficie que se está evaluando.
	Estadio severo de caries (códigos ICDAS 5 y 6)		Cavidad detectable en esmalte opaco o decolorado con dentina visible (códigos ICDAS 5 o 6).

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Fuente: Tomado de Pitts NB, Ismail AI, Martignon S, Ekstrand K, Douglas GVA, Longbottom C, et al. *Guía de referencia rápida ICCMS™ para clínicos y educadores*. London: ICDAS Foundation; 2014.

Riesgo de caries

El riesgo de caries es la probabilidad de que aparezcan o progresen lesiones de caries si las condiciones se mantienen constantes dentro de un período de tiempo determinado. El riesgo de caries es un indicador del resultado real (nuevas lesiones de caries o progresión), que sólo puede validarse con el tiempo.(5)

Factor/Determinante de Riesgo de Caries

El factor/determinante de riesgo de caries es un factor ambiental, conductual o biológico, confirmado por secuencia temporal, generalmente en estudios longitudinales, que, de estar presente, aumenta directamente la probabilidad de aparición de caries. El factor de riesgo forma parte de la cadena causal. (5)

Evaluación del riesgo a caries

La evaluación del riesgo de caries forma parte de un plan de tratamiento integral basado en la edad del niño, que comienza en la visita del primer año. Los modelos actuales de evaluación del riesgo de caries incluyen una combinación de factores, como la dieta, la exposición al flúor, un huésped susceptible y la microflora, que interactúan con diversos factores sociales, culturales y conductuales.

La evaluación del riesgo de caries consiste en determinar la probabilidad de un aumento en la incidencia de caries (es decir, nuevas lesiones cavitadas o incipientes) durante un período determinado, o la probabilidad de que se produzca un cambio en el tamaño o la actividad de las lesiones ya presentes. Gracias a la capacidad de detectar la caries en sus etapas más tempranas (es decir, lesiones no cavitadas o de mancha blanca), se puede prevenir que se convierta en una lesión cavitada. (10)

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Tabla 1. Formulario de evaluación del riesgo de caries para niños de 0 a 5 años.

<i>Factores</i>	Riesgo Alto	Riesgo Moderado	Riesgo Bajo
<i>Factores de riesgo, social/conductual/médico</i>			
La madre/cuidadora primaria tiene caries	Si		
El padre/cuidador primario vive en pobreza desde la niñez, baja cultura de salud	Si		
El niño está expuesto al menos tres veces al día a refrigerios o bebidas con azúcar entre las comidas	Si		
El niño utiliza con frecuencia biberón o vaso entrenador que contiene azúcares naturales o añadidos entre comidas o a la hora de acostarse	Si		
El niño es recientemente migrante		Si	
El niño tiene condiciones de cuidado especiales		Si	
<i>Factores de riesgo clínicos</i>			
El niño tiene placa dental visible	Si		
El niño presenta defectos en el esmalte dental	Si		
<i>Factores de protección</i>			
El niño recibe agua fluorada o suplementos con flúor			Si
Al niño le cepillan los dientes con pasta de dientes que contiene flúor			Si
El niño recibe flúor tópico por parte de un profesional de la salud			Si
El niño recibe cuidado dental regular			Si
<i>Indicadores de enfermedad</i>			
El niño tiene lesiones de caries no cavitadas (punto blanco incipiente)	Si		
El niño tiene lesiones visibles de caries	Si		
El niño tiene restauraciones recientes o pérdida de dientes debido a caries.	Si		

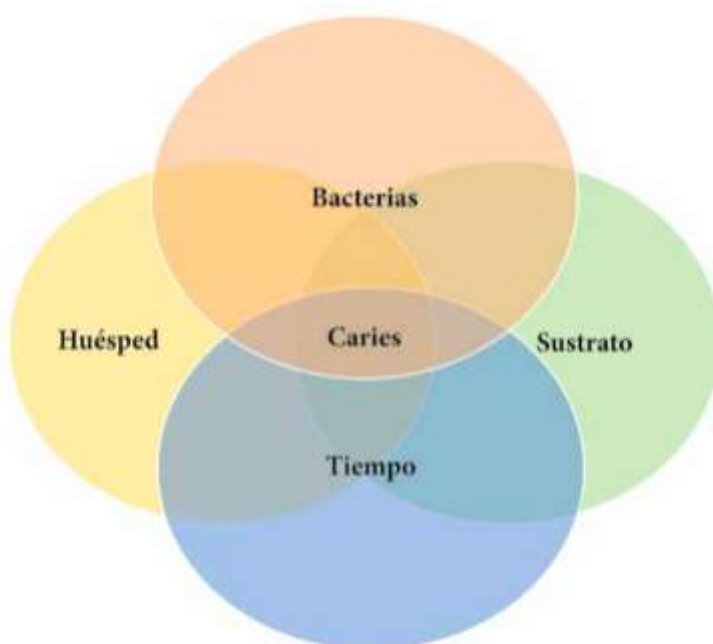
Fuente: Adaptado de American Academy of Pediatric Dentistry.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Factores biológicos

En 1969, Keyes, a partir del modelo microbiano basado en la triada ecológica formulada inicialmente por Gordon, propuso un modelo teórico distinto en el que explicativa los factores locales de riesgo en la caries dental, con lo que cambió el pensamiento del origen unicausal a multicausal. (11) Keyes estableció que la etiopatogenia de la caries dental obedece a la interacción de tres factores principales: huésped, microorganismo y sustrato; estos deben presentarse simultáneamente para que la caries se manifieste; si uno sólo de los componentes faltase, la caries no se desarrollaría, y si ésta ya existiese, se detendría.

Imagen 4 . Modelo de Keyes modificado por Newbrun en 1978.



Fuente: <https://casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/caries.pdf>

Huésped

Dentro de la Triada Etiológica de Keyes participa el huésped, quien es aquel que alberga la enfermedad de caries dental; el huésped no se refiere específicamente al ser humano, sino a todos aquellos factores que actúan en la fisiología del ser humano que permite que se desarrolle la enfermedad. En este caso se trata de la boca y los componentes que están dentro, la saliva y los dientes. La caries dental afecta directamente a los dientes y estos presentan características individuales en la persona, características anatómicas y de estructura, que permite que la enfermedad se inicie y avance de una forma particular. (12)

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Saliva

Aunque la saliva fue identificada antes en la sección de etiología como parte del componente del huésped y, por tanto, como parte fundamental del proceso carioso, el papel de la saliva, en general, es tan único que se justifica aquí una mayor discusión respecto a su influencia en varios aspectos del proceso carioso que podría ayudar a producir ambientes favorables para combatir el proceso. Cualquier paciente con una deficiencia salival de cualquier causa está en alto riesgo de padecer caries.

En general se acepta que el proceso de la caries dental está controlado en gran medida por un mecanismo protector natural inherente a la saliva. Se han investigado muchas propiedades de la saliva por su posible papel en el proceso carioso. Se ha dado una importancia considerable al pH de la saliva, al poder neutralizante de ácido y a su contenido en calcio, fluoruro y fósforo.

Durante mucho tiempo se ha sugerido que, además de estas propiedades, la tasa de flujo y la viscosidad de la saliva pueden influir en el desarrollo de la caries. (12, 13)

Viscosidad salival

Se ha acusado tanto a la saliva espesa y viscosa como a la acuosa le caries dental rampante. Estudios anteriores han mostrado una relación directa y estadísticamente significativa entre la viscosidad de la saliva y el número de dientes con caries, ausentes y obturados. Esta relación fue válida para todos los miembros del grupo de observación, independientemente de la edad. Los pacientes con una saliva espesa y pegajosa tienen, invariablemente, una mala higiene oral. (12, 13)

Sustrato

Existe suficiente evidencia para afirmar que los azúcares son los principales elementos de la dieta diaria que influyen en la prevalencia y el avance de las lesiones de caries dental. La sacarosa es el alimento cariogénico más importante y más utilizado. Tiene el poder de transformar alimentos no cariogénicos y anticariogénicos en cariogénicos. Los demás azúcares involucrados en la formación de lesiones de caries son la glucosa y la fructosa, encontrados en la miel y en las frutas. Una simple exposición a los alimentos cariogénicos no es un factor de riesgo para la caries, sino el frecuente y prolongado contacto de estos sustratos con los dientes. (12, 13)

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Microorganismos

Los principales microorganismos causantes de la caries son los estreptococos del grupo mutans, especialmente el *Streptococcus mutans* y el *Streptococcus sobrinus*. Estos patógenos son capaces de colonizar la superficie del diente y producir ácidos en velocidad superior a la capacidad de neutralización de la biopelícula en un ambiente bajo el pH crítico (menor de 5,5), permitiendo la disolución del esmalte. El reservorio principal de donde el lactante adquiere los *Streptococcus mutans* es la madre, pero actualmente también se puede considerar a las nanas y abuelas que son responsables del cuidado diario del infante. Los niños con madres portadoras de altas concentraciones de *Streptococcus mutans*, adquieren esos microorganismos tempranamente y en niveles mayores. La frecuencia de la infección infantil es nueve veces mayor cuando las madres presentan cantidades de *Streptococcus mutans* que exceden 105 unidades formadoras de colonias por mililitro de saliva. (12, 13)

Erupción dentaria

Uno de los factores a recordar en esta fase es el proceso eruptivo de los dientes. Se sabe que los dientes en erupción presentan una probabilidad mayor de estancamiento de placa bacteriana. Por eso, son más susceptibles al desarrollo de la caries dental. No obstante, en la primera infancia, los dientes deciduos no tienen un tiempo de erupción muy prolongado hasta que el diente llega a la oclusión funcional, por lo que este es un problema mayor para los molares permanentes. Pero ocurren, también, la irritación y la incomodidad que provoca la irrupción de los dientes y que hacen que la higiene correcta muchas veces, se descuide. (14)

Factores de riesgo conductuales

Los factores de riesgo conductuales incluyen prácticas dietéticas, principalmente ingesta elevada de azúcares libres, falta de higiene bucal, exposición inadecuada al flúor con énfasis en el no uso de pasta dental con flúor y atención dental preventiva irregular. (15)

Inhabilidad motora

La inhabilidad motora de los pacientes de 0 a 24-36 meses de vida, propia de la edad, los hace dependientes de los responsables para la remoción eficaz de la placa bacteriana. Algunos padres dudan de la necesidad de la higiene dental de sus hijos pequeños y, por eso, proporcionan cepillos dentales a los niños, creyendo que con esa medida el mismo niño hará el control de la placa de manera satisfactoria.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

No obstante, eso no va a promover la remoción de la placa propiamente dicha, porque el niño no tiene la habilidad motora para eso. Es necesario que los padres o cuidadores hagan la higienización correcta. (15)

Prácticas dietéticas

El consumo de azúcares libres (es decir, azúcares añadidos a los alimentos y bebidas y azúcares presentes naturalmente en la miel, jarabes, jugos de frutas y concentrados de jugos de frutas) es el factor clave que regula la aparición de caries y modula otros factores, como la biopelícula dental. Existe evidencia de que las dos siguientes características potencian el papel de las prácticas alimentarias en la trayectoria de la incidencia de caries: la edad de introducción del azúcar y la frecuencia de su consumo. La introducción temprana de sacarosa en la vida de un bebé promueve el establecimiento de una microbiota cariogénica y la colonización sucesiva de nuevas superficies dentales. Además, la exposición temprana al azúcar aumenta la preferencia del niño por los dulces, lo que resulta en un mayor consumo de azúcar en alimentos y bebidas.

Existe una relación dosis dependiente entre la ingesta de carbohidratos y la caries dental en niños y adultos; una mayor ingesta de carbohidratos, especialmente azúcar, aumenta el riesgo de caries. Esta asociación se establece por la producción repetida de ácidos y el mantenimiento de un pH muy bajo en la biopelícula dental; esto se observa en niños con una alta ingesta de alimentos, lo que impide la reposición fisiológica de minerales en el ciclo de desmineralización/remineralización.

El mayor riesgo de caries se relaciona con el contenido de azúcar (generalmente bebidas azucaradas) y su acumulación en la biopelícula de los incisivos centrales, que son los dientes más afectados en los niños pequeños. La cariogenicidad de ambas prácticas depende de la frecuencia del consumo de azúcar añadido. Este azúcar suele ofrecerse como chupete, principalmente por la noche, cuando el flujo salival es menor. (15)

Higiene bucal

Las medidas de higiene bucal tienen como objetivo eliminar la biopelícula dental, cuya actividad metabólica puede provocar la pérdida de minerales. Por lo tanto, es plausible un aumento del riesgo de caries en niños que no se cepillan los dientes. Además, la mayoría de las personas no eliminan completamente la biopelícula dental durante el cepillado porque no la identifican. (15)

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Cuidado dental preventivo

El cuidado dental regular combina factores conductuales individuales con factores contextuales de políticas públicas. La ausencia de atención dental preventiva regular se asocia con un mayor número de restauraciones.

Existe una tendencia de revisión y cuidados preventivos individualizados según el riesgo de caries. En este contexto, la aplicación periódica de barniz (o gel) de flúor tiene un importante efecto inhibitor de la caries tanto en los dientes permanentes como en los primarios. Aunque no está suficientemente establecido, el intervalo entre las visitas al dentista depende de la clasificación de riesgo del paciente, además de su edad. Puede variar de 3 meses (con mayor riesgo de caries) a 12 y 24 meses (con menor riesgo de caries) en niños y adultos, respectivamente.(15)

Determinantes sociales de salud

Alrededor de una enfermedad existen muchos factores que la causan o que la agudizan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2005 puso en marcha la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud (CDSS) la cual los definió como "el conjunto de las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja". Los DSS conforman las bases de la Salud Pública Moderna ya que se fundamentan en la promoción de la salud y son responsables de la mayor parte de las desigualdades sanitarias.

Los determinantes más relevantes y que sugieren tener una asociación con el estado de salud de las personas son: género, ingreso económico, nivel de educación, de vivienda, empleo, saneamiento ambiental y acceso a servicios de salud. (16)

Clase social

La clase social se define por la propiedad; explica cómo se generan las desigualdades económicas y cómo pueden influir en la salud. Existe una fuerte asociación de las condiciones sociales y económicas con la aparición de caries dental, lo que indica que los individuos que viven en condiciones socioeconómicas bajas tienen mayor exposición a factores de riesgo que podrían influir en su carga de caries dental. (15, 16)

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Edad

La edad de los padres ha sido identificada como una variable asociada al riesgo de caries temprana, ya que puede relacionarse con el nivel de experiencia parental, prácticas de cuidado oral y condiciones socioeconómicas del hogar. (17)

Ocupación

La ocupación es un indicador de la posición socioeconómica, que determina el lugar del individuo en la jerarquía social y suele incluir la ocupación de los padres como indicador de la posición socioeconómica del niño. Sin embargo, el indicador ocupacional no puede asignarse a las personas desempleadas, ya que esto podría subestimar las diferencias socioeconómicas. (15, 17)

Nivel educativo

El nivel educativo es un indicador de la posición socioeconómica de los padres, determina los ingresos familiares y se asocia con los resultados de salud bucodental. Además, la educación proporciona habilidades y conocimientos que facilitan la comunicación; por lo tanto, las personas se vuelven más receptivas a la información sobre salud bucodental. La alfabetización en salud bucal ha sido considerada hasta ahora en una revisión sistemática como un mediador más que como un factor directo de las condiciones bucales, incluida la caries dental.

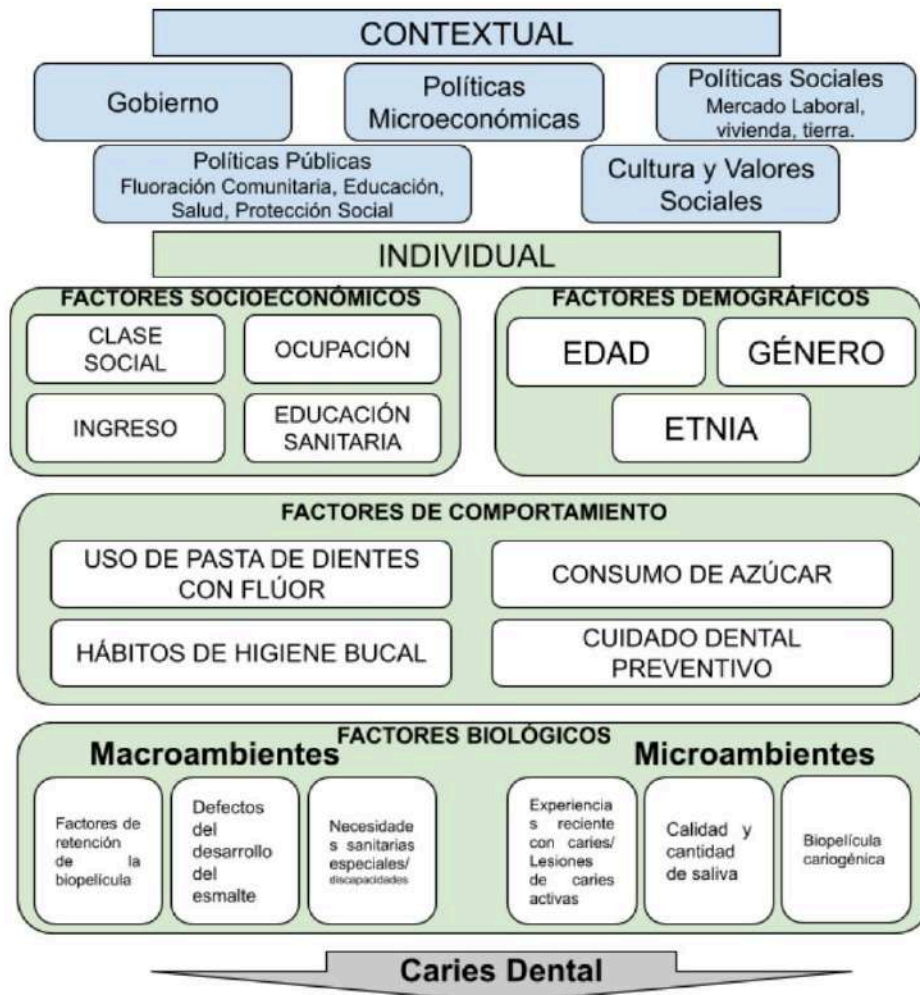
Además, los ingresos son un indicador de la condición socioeconómica. Los ingresos familiares pueden ser un indicador útil, ya que los gastos familiares suelen compartirse entre los miembros del hogar. Un mayor riesgo de lesiones cariosas se ha asociado con un nivel socioeconómico más bajo. De manera similar, las familias de bajos ingresos suelen tener una dieta rica en azúcares y grasas, lo que a su vez conlleva una mayor incidencia de caries en sus hijos. El ingreso familiar limita el acceso a la educación y a los servicios de salud bucodental. Por lo tanto, un bajo nivel económico se asocia con una escasa atención preventiva y una menor prevalencia de visitas al dentista. (15,17)

Raza/etnicidad

El término raza/etnicidad se refiere a grupos sociales que comparten descendencia y herencia cultural. Se utiliza con frecuencia para identificar la distribución desigual de la carga de enfermedad, lo que indica una mayor prevalencia de caries dental en inmigrantes o minorías étnicas. La raza no es un indicador del racismo, sino una explicación que debería estudiarse más a fondo. Sin embargo, las condiciones socioeconómicas juegan un papel esencial en la asociación entre la salud y la raza/etnicidad porque los problemas de salud bucal afectan particularmente a las personas con menos recursos. (15, 17)

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Imagen 5. Marco conceptual de los factores de riesgo de caries inspirado en el marco de la OMS y en el modelo de Dahlgren y Whitehead.



Fuente: Tomado de Martignon S, Roncalli AG, Alvarez E, Aránguiz V, Feldens CA, Buzalaf MAR. *Risk factors for dental caries in Latin American and Caribbean countries*. Brazilian Oral Research. 2021;35(Suppl 1):e053. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0053>.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Adherencia al tratamiento y seguimiento.

La adherencia en salud se define como el grado en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud. Es un fenómeno multidimensional que resulta de la interacción dinámica entre cinco conjuntos de factores: los factores socioeconómicos, los relacionados con el sistema de salud y el equipo de atención, los relacionados con la enfermedad, los vinculados a la terapia y aquellos propios del paciente. (18)

En la atención de odontología para el bebé, la adherencia depende principalmente del compromiso de los padres o cuidadores, ya que son responsables de llevar al niño a las consultas y aplicar los conocimientos adquiridos durante la consulta.

El principal problema es la falta de adherencia a un programa, sin embargo, ningún factor por sí solo explica adecuadamente la falta de adherencia. La conducta del paciente está influida simultáneamente por su contexto social, su nivel educativo, sus recursos económicos, la accesibilidad a los servicios de salud, la calidad de la relación con los profesionales, la complejidad del tratamiento, la duración de la terapia, la presencia o ausencia de síntomas y sus propias creencias, motivaciones y habilidades para el autocuidado. (18)

El proporcionar información al paciente es insuficiente para garantizar la adherencia a largo plazo, ya que la educación en salud por sí sola no modifica automáticamente el comportamiento. Los pacientes requieren apoyo continuo, acompañamiento profesional, refuerzo positivo y estrategias conductuales que faciliten la integración del tratamiento en su vida cotidiana. El cambio de comportamiento sostenido requiere intervenciones estructuradas y seguimiento continuo.

La OMS señala que las intervenciones más efectivas para mejorar la adherencia son aquellas que abordan simultáneamente varios de los factores que influyen en ella. Por lo que, para lograr mejoras significativas en la adherencia es necesario intervenir a distintos niveles: mejorar la organización del sistema de salud, fortalecer la comunicación profesional-paciente, simplificar los esquemas terapéuticos cuando sea posible, ofrecer apoyo social, reducir barreras económicas y diseñar estrategias que aumenten la motivación y la autoeficacia del paciente. (18)

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Objetivo general

Analizar la adherencia de los pacientes al programa de Odontología para el Bebé del 2016 al 2020 y su relación con los determinantes sociales.

Objetivos específicos

1. Identificar los principales determinantes sociales que afectan la adherencia al programa.
2. Describir la frecuencia de asistencia y continuidad de los pacientes durante el periodo 2016-2020.
3. Evaluar la asociación entre los determinantes sociales y el nivel de adherencia al programa.
4. Proponer recomendaciones para mejorar la adherencia al programa en función de los resultados obtenidos.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Metodología

Tipo de investigación: Se realizó un estudio transversal, cuantitativo, descriptivo y observacional. El objetivo fue analizar la adherencia de los pacientes al Programa de Odontología para el Bebé en el periodo comprendido entre 2016 y 2020, y su relación con determinantes sociales.

Población y muestra:

La población estuvo conformada por los niños inscritos en el Programa de Odontología para el Bebé durante el periodo señalado. La muestra fue de 234 pacientes, donde se incluyeron todos los registros disponibles y completos en las bases de datos del programa.

Criterios de inclusión:

- Niños que ingresaron al programa entre 2016 y 2020.
- Registros clínicos completos.
- Seguimiento mínimo de una visita de control.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con expedientes incompletos.
- Niños que abandonaron el programa sin completar al menos una consulta de control.

Variables:

Variables dependientes:

- Adherencia al programa (medida como número de consultas asistidas, continuidad, y permanencia hasta el final del seguimiento).
- Examen bucal: El diagnóstico de caries aplicado fue el cpod, realizado por un odontólogo o pasante de servicio social, el cual, se registró en el odontograma del expediente clínico del paciente, al igual que el registro de mancha blanca. (Presencia de caries al inicio y al final del programa, manchas blancas al inicio y al final del programa).

Variables independientes:

- Edad de la madre y del padre.
- Ocupación de los padres.
- Género del niño.
- Otros factores sociales

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Análisis.

Se llevó a cabo la recolección de todos los datos obtenidos en el programa Excel.

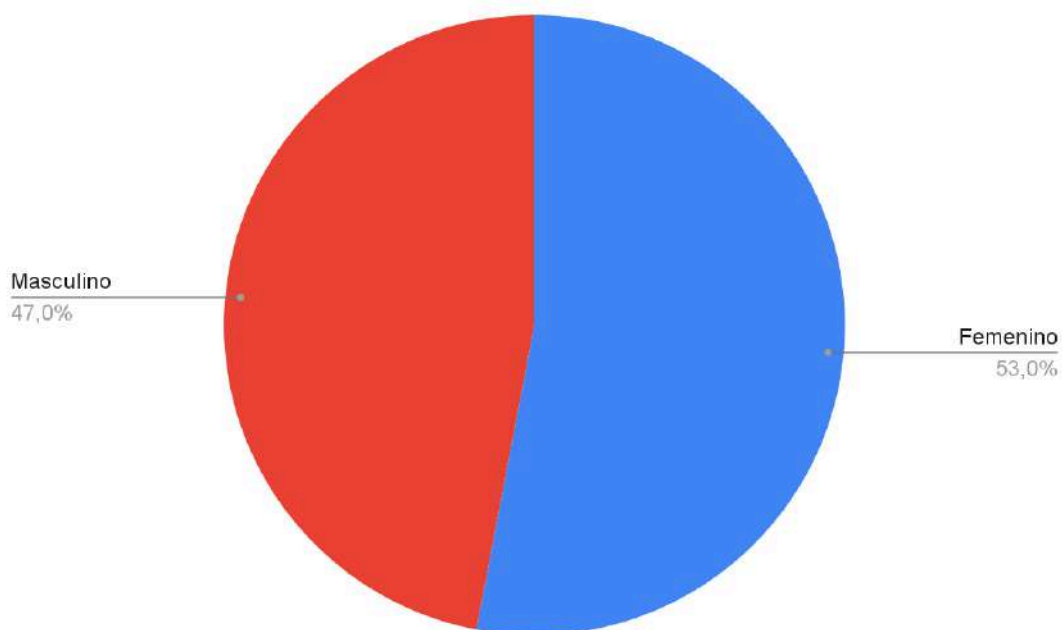
Resultados.

1. Distribución por género de los pacientes.

Se ingresaron un total de 234 pacientes durante el periodo de estudio. Del total, el 53% fueron de género femenino (n=124) y el 47% masculino (n=110).

Género	Frecuencia
Femenino	124
Masculino	110
Total	234

Tabla 1. Género de los pacientes.



Gráfica 1. Distribución por género de los pacientes.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

2. Edad de las madres.

La mayoría de las madres de los pacientes tenían entre 20 y 29 años (n=135; 57.7%). Seguido de aquellas en el grupo de 30 a 39 años (n=73; 31.2%) y solo un pequeño porcentaje eran menores de 20 años (4.7%) o mayores de 40 años (6.4%).

Edad de la madre	Frecuencia
Menos de 20 años	11
20-29 años	135
30-39 años	73
40-49 años	15
Total	234

Tabla 2. Edad de las madres.



Gráfica 2. Edad de las madres.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

3. Edad de los padres

Respecto a los padres, la mayoría se encontraban en el rango de edad de 20 a 29 años ($n=102$; 43.6%) y 30 a 39 años ($n=79$; 33.8%). Mientras que un total de 23 casos (9.8%) reportaron ausencia del padre.

Edad de los padres	Frecuencia
Menos de 20 años	4
20-29 años	102
30-39 años	79
40-49 años	24
Padre ausente	23
Más de 50 años	2
Total	234

Tabla 3. Edad de los padres.



Gráfica 3. Edad de los padres.

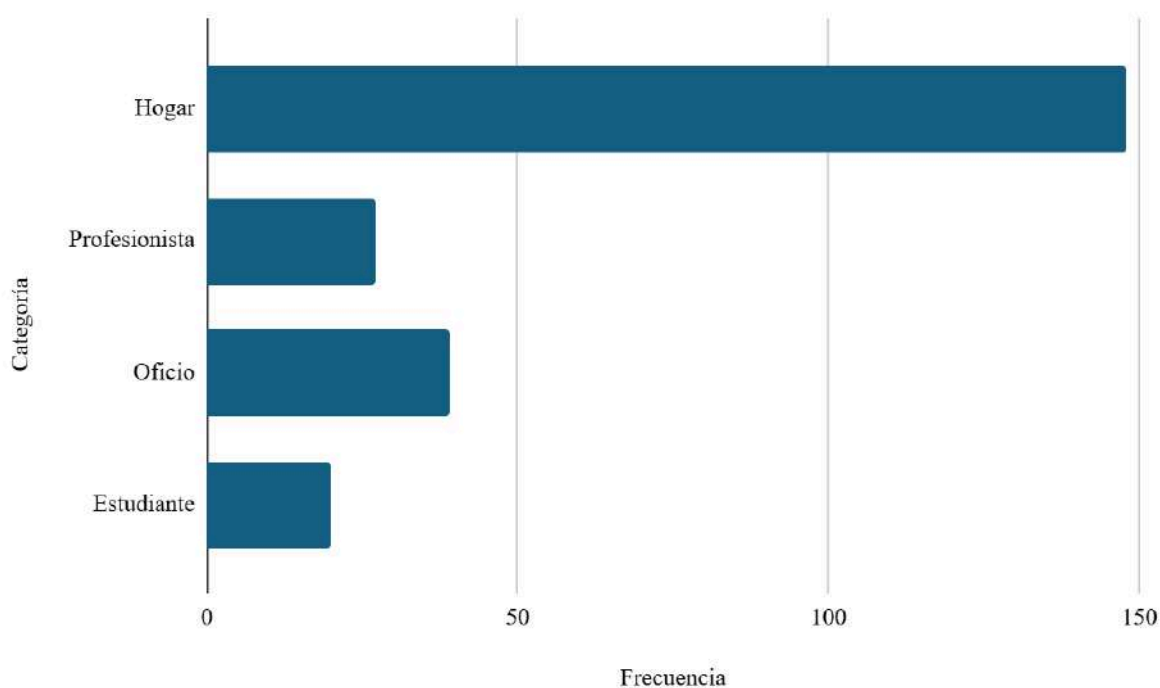
ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

4. Ocupación de las madres

Se observó que la ocupación de las madres, con un 63.2% se dedicaba al hogar (n=148), seguido por ocupaciones informales o de oficio (n=39; 16.6%), profesionistas (n=27; 11.5%) y estudiantes (n=20; 8.5%).

Categoría	Frecuencia
Hogar	148
Profesionista	27
Oficio	39
Estudiante	20
Total	234

Tabla 4. Ocupación de las madres.



Gráfica 4. Ocupación de las madres.

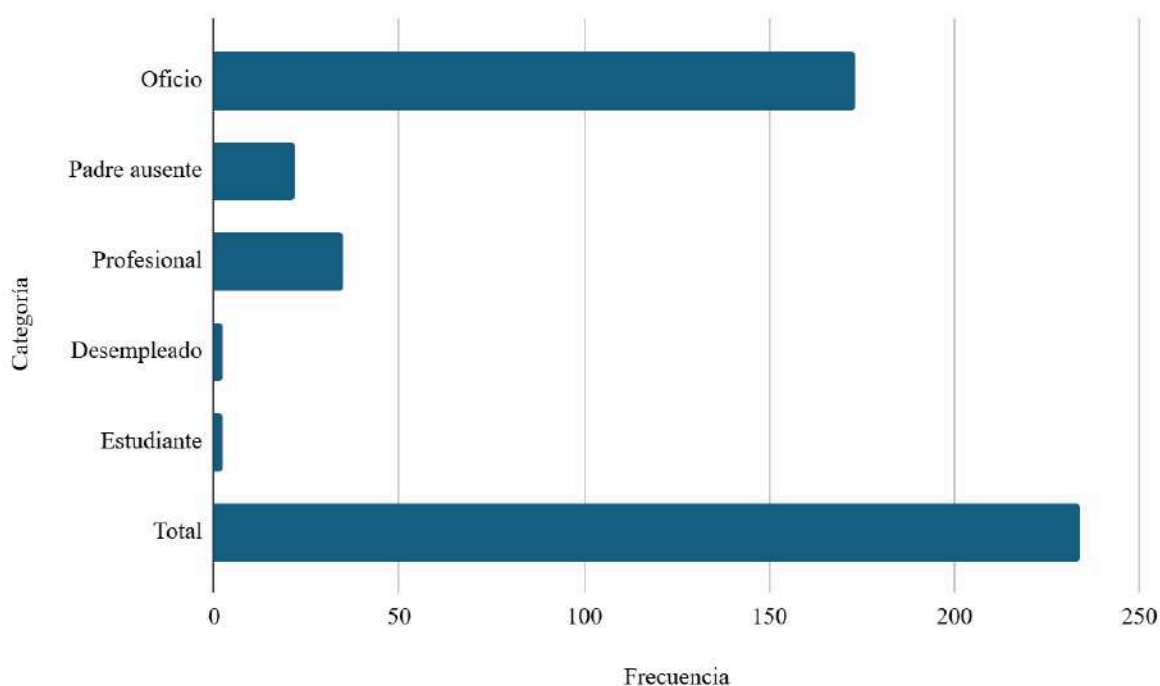
ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

5. Ocupación de los padres

Se observó que el 73.9% de los padres se dedicaba a algún oficio (n=173). Un 15% eran profesionistas (n=35), mientras que el 9.4% estaba ausente. Casos menos frecuentes fueron los padres desempleados o estudiantes.

Categoría	Frecuencia
Oficio	173
Padre ausente	22
Profesional	35
Desempleado	2
Estudiante	2
Total	234

Tabla 5. Ocupación de los padres.



Grafica 5. Ocupación de los padres.

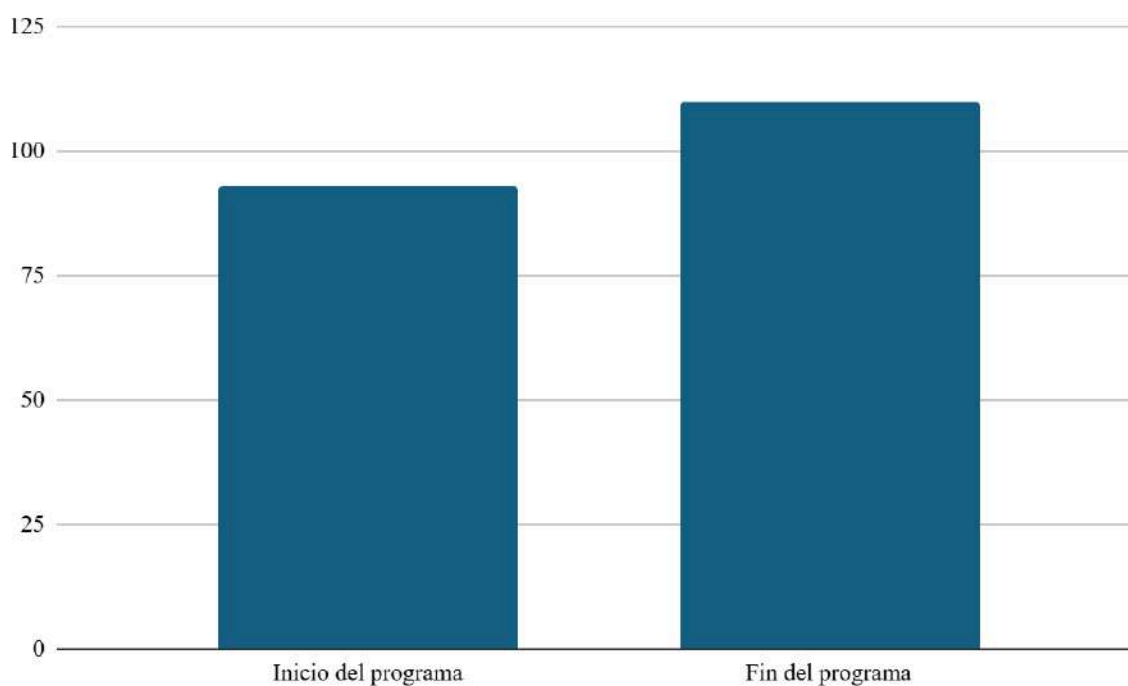
ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

6. Presencia de manchas blancas.

Se observó un aumento en la detección de lesiones incipientes (manchas blancas): del **39.7% al inicio del programa (n=93)**, al **47% al final (n=110)**. Este incremento puede interpretarse como tendencia positiva hacia la detección temprana y el control efectivo de lesiones cariosas.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Inicio del programa	93	39.7%
Fin del programa	110	47%

Tabla 6. Presencia de manchas blancas.



Gráfica 6. Comparación de prevalencia de manchas blancas al inicio y al final del programa.

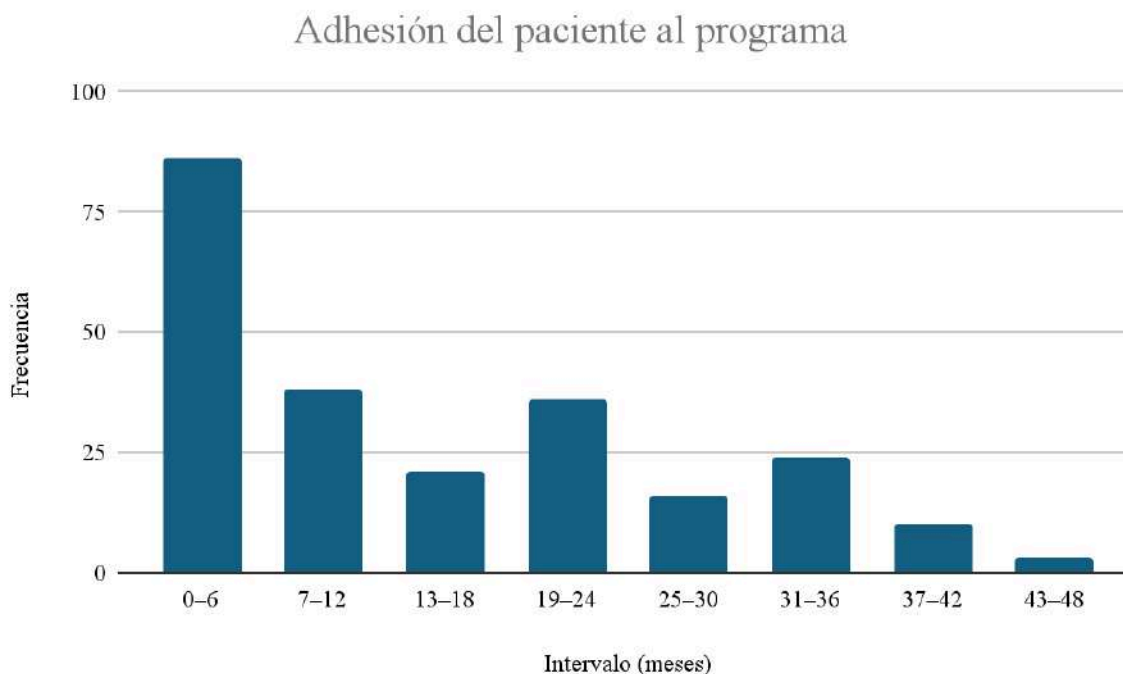
ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

7. Adhesión total del paciente al programa.

Aproximadamente el 27% de los pacientes (alrededor de 70 casos) ha mantenido su participación en el programa durante más de 30 meses. Sin embargo, cerca del 25% de los pacientes presenta una adhesión menor a seis meses.

Meses activo en el programa	
Intervalo (meses)	Frecuencia
0–6	86
7–12	38
13–18	21
19–24	36
25–30	16
31–36	24
37–42	10
43–48	3

Tabla 7. Meses de adhesión al programa.



ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Discusión

La adherencia en salud puede definirse como el grado en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones acordadas con un profesional sanitario. No obstante, se trata de un fenómeno multifactorial en el que intervienen determinantes sociales, económicos y familiares que pueden favorecer o limitar la permanencia en programas preventivos, como el programa Odontología para el Bebé de la UAM-Xochimilco.

En el presente estudio, de 284 niños integrados al programa, se observó que la adherencia inicial fue relativamente alta, alcanzando un 38% durante los primeros seis meses. Sin embargo, únicamente el 1.3% logró una permanencia prolongada de 43 a 48 meses. Por otro lado, el 15.8% de los pacientes permaneció alrededor de 30 meses en el programa. Estos hallazgos evidencian una disminución progresiva en la permanencia, lo que sugiere que la disponibilidad del servicio por sí sola no garantiza la adherencia a largo plazo.

En relación con las características sociodemográficas, el 57.7% de las madres se encontraba en un rango de edad entre 20 y 29 años, al igual que el 47.4% de los padres. Asimismo, el 63.2% de las madres se dedicaba al hogar, mientras que el 95.3% de los padres trabajaba, lo que refleja un modelo familiar tradicional en el que la madre asume el rol principal de cuidadora y el padre el de proveedor económico.

Diversos estudios han señalado que la edad materna puede influir en la salud bucal infantil. Rie Niji reporta que la maternidad entre los 17 y 22 años constituye un factor de riesgo significativo para la presencia de caries en los niños, asociado a menor conocimiento sobre salud bucal y prácticas disciplinarias. (19). De manera similar, M. Kirthiga señala que una madre menor de 25 años representa un factor de riesgo para el desarrollo de caries (20). En este contexto, la edad y el rol principal de la madre como cuidadora podrían constituir elementos determinantes en la adherencia y en los resultados clínicos del programa.

En la comparación entre el inicio y el final del programa de Odontología para el Bebé se observó que las lesiones de mancha blanca aumentaron de 39.7% (n=93) al inicio a 47% (n=110) al finalizar el programa, con un incremento de 7.3%. Esto puede interpretarse como resultado de un diagnóstico temprano de lesiones cariosas en estadios iniciales (ICDAS 1), de acuerdo con un ensayo clínico aleatorizado realizado por Ferreira et al., se observó que tras varias aplicaciones de barniz fluorado la mayoría de las lesiones de mancha blanca disminuyeron su tamaño y aproximadamente el 80% fueron clasificadas como inactivas, lo que indica una reducción significativa de la actividad cariosa y evidencia el potencial de

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

remineralización de estas lesiones cuando se aplican medidas preventivas de atención odontológica de manera periódica (20).

Estudios realizados por Hooley M et. al y Arrascue H et al, han señalado que la caries es una enfermedad multifactorial influenciada por determinantes sociales, económicos y culturales, también indica que los hábitos y conocimientos de los padres o cuidadores desempeñan un papel fundamental en la prevención de las lesiones iniciales (manchas blancas). (16, 17, 20)

Factores como el nivel de educación de los cuidadores, la higiene bucal del niño y la supervisión y ejecución del cepillado influyen directamente en la aparición y progresión de lesiones cariosas desde edades tempranas (22, 23). Por lo tanto, aunque las condiciones socioeconómicas pueden constituir un factor de riesgo, realizar conductas preventivas adecuadas y la participación activa de los padres en los programas de salud bucal pueden reducir significativamente la incidencia de caries en la primera infancia (24). En este sentido, los resultados observados en el presente estudio, junto con la baja adherencia al programa y el incremento de lesiones de mancha blanca, nos indica que más allá de la presencia de determinantes sociales, la falta de cultura preventiva en salud bucal y la limitada continuidad en las recomendaciones profesionales podrían estar influyendo de manera importante en la evolución de estas lesiones iniciales.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Conclusiones

Los resultados de este estudio permiten concluir que la adherencia de los padres o cuidadores al programa preventivo Odontología para el bebé representa un factor importante para la prevención y salud oral durante los primeros años de vida, ya que la participación continua en el programa favorece la detección temprana de lesiones iniciales como la mancha blanca, permitiendo implementar estrategias oportunas antes de que las lesiones progresen hacia lesiones de caries cavitadas.

Asimismo, diversos artículos han demostrado que la participación activa de los padres en el cuidado bucal de los niños se asocia con la disminución de lesiones de caries y mejores indicadores de salud oral. Factores como el conocimiento, la motivación y la autoeficacia de los cuidadores influyen directamente en las prácticas de higiene bucal y en la adopción de conductas preventivas en la infancia. Por lo anterior, se recomienda el establecimiento temprano de un “hogar dental” y la atención preventiva regular, particularmente en grupos con mayor vulnerabilidad social. (22, 23, 24)

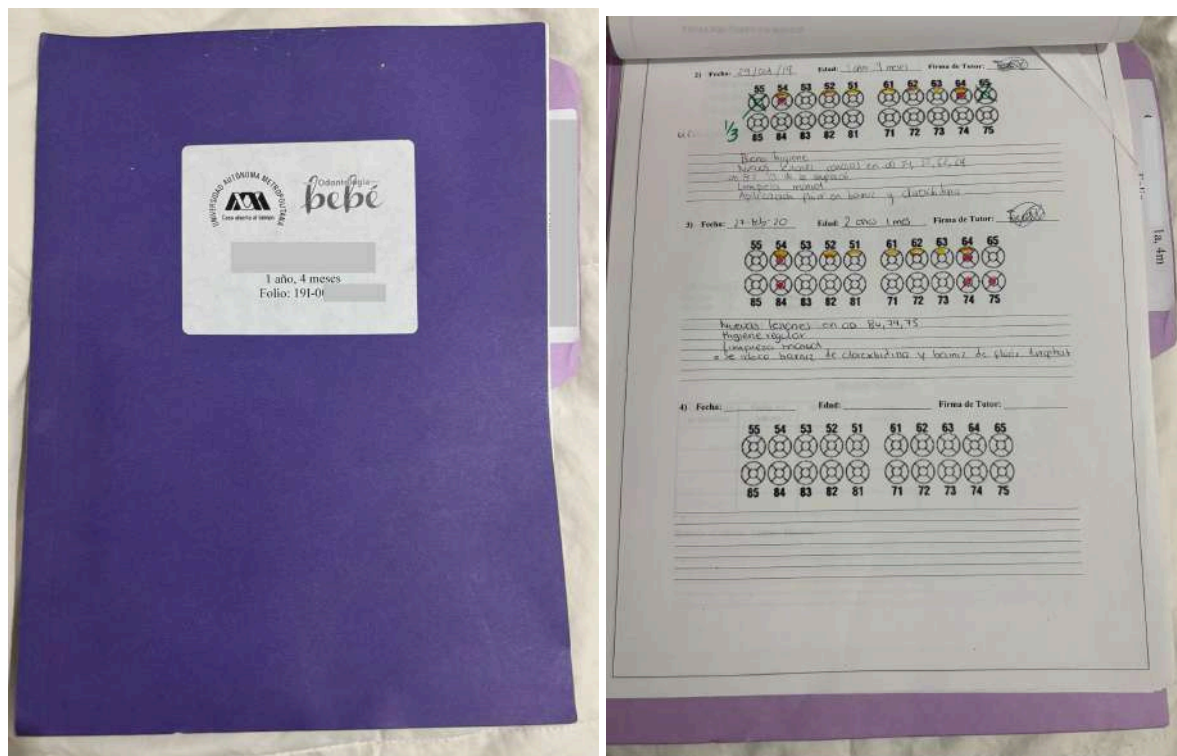
En conclusión, los resultados obtenidos confirman la importancia de fortalecer los programas preventivos dirigidos a la primera infancia y de promover la educación continua de los padres o cuidadores como una estrategia para mejorar la adherencia a los programas de salud bucal.

Finalmente, es importante reconocer que la adherencia a los programas preventivos de salud bucal no depende únicamente de la disposición de los padres o cuidadores, sino también de diversos factores sociales, económicos y familiares que pueden dificultar la asistencia regular a las consultas. Por ende, resulta fundamental que se desarrolle una práctica clínica basada en la empatía y la comprensión del contexto social de cada familia, conociendo las barreras que pueden limitar la continuidad en la atención, puesto que al integrar una perspectiva empática y centrada en el paciente y padres o cuidadores puede favorecer la construcción de una relación de confianza con las familias y mejorar la práctica de las recomendaciones de salud bucal, el retorno a sus consultas y adherencia permanente al programa. (24, 25)

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Anexos.

EXPEDIENTE CLÍNICO DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ



FOTOGRAFÍAS DE EVIDENCIA



ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.



ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Bibliografía.

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent*. 2023;45(6):243-252.
2. Walter LR, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para o bebê*. São Paulo: Artes Médicas; 1996.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Perinatal and infant oral health care. In: *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago: AAPD; 2023.
4. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health*. 2004;21(Suppl 1):71-85.
5. Machiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momeni A, et al. Terminology of dental caries and its management: consensus report of a workshop organized by ORCA and the Cariology Research Group of the IADR. *Caries Res*. 2020;54(1):7-14. doi:10.1159/00050330.
6. BMC Oral Health. Risk factors for early childhood caries in a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2014. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-14-47>
7. Sáenz Martínez LP, Resendiz López A, Gutiérrez Ospina I, Villegas García JL, Mendieta Rivera NC. Determinación de mancha blanca por caries en niños de 5 a 46 meses de edad [Internet]. *Odontología Actual*; c2018 [citado 2025 Ene 28]. Disponible en: https://odontologiaactual.com/blog_odontologia_actual/determinacion-de-mancha-blanca-por-caries-en-ninos-de-5-a-46-meses-de-edad/
8. Gugnani N, Pandit IK, Srivastava N, Gupta M, Sharma M. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): A new concept. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2011;4(2):93-100.
9. Pitts NB, Ismail AI, Martignon S, Ekstrand K, Douglas GVA, Longbottom C, et al. Guía de referencia rápida ICCMS™ para clínicos y educadores [Internet]. London: ICDAS Foundation; 2014. Disponible en: <https://www.iccms-web.com/uploads/asset/592840df43a62191555433.pdf>

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

10. American Academy of Pediatric Dentistry. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2025:325-31.
11. Calle-Sánchez MJ, Baldeón-Gutiérrez RE, Curto-Manrique J, Céspedes-Martínez DI, Góngora-León IA, Molina-Arredondo KE, Perona-Miguel de Priego GA. Teorías de caries dental y su evolución a través del tiempo: revisión de literatura. *Rev Cient Odontol (Lima)*. 2018;6(1):98-105. doi:10.21142/2523-2754-0601-2018-98-105.
12. Siquero-Vera KNS, Mattos-Vela MA. Factores de riesgo asociados a caries de infancia temprana severa. *Kiru*. 2018;15(3):146-153. <https://doi.org/10.24265/kiru.2018.v15n3.07>
13. Chin JR, Kowolik JE, Stookey GK. Caries dental en el niño y el adolescente. En: Dean JA, Jones JE, Vinson LAW, editores. *McDonald y Avery Odontología Pediátrica y del Adolescente*. 10.^a ed. Elsevier España; 2018. p. 155-165.
14. Gimenez T, Mendes FM, Ciamponi AL, Nahás Pires Corrêa MS. La caries dental. En: Nahás Pires Corrêa MS, Suárez FE, editores. *Odontopediatría en la primera infancia: una visión multidisciplinaria*. 1.^a ed. Elsevier; 2022. p. 271-274.
15. Martignon S, Roncalli AG, Alvarez E, Aránguiz V, Feldens CA, Buzalaf MAR. Risk factors for dental caries in Latin American and Caribbean countries. *Braz Oral Res*. 2021 May 28;35(suppl 1):e053. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0053.
16. Arrascue H, Del Castillo C. Determinantes sociales de salud y caries dental. *Odontología Pediátrica (Lima)*. 2011;10(1). Disponible en: <https://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v10n1/a2.pdf>
17. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Risk factors for early childhood caries: a systematic review and meta-analysis of case control and cohort studies. *J Dent*. 2012;40(10):787-96.
18. Sabaté E, editor. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003.
19. Niji R, Arita K, Abe Y, Lucas ME, Nishino M, Mitome M. Maternal age at birth and other risk factors in early childhood caries. *Pediatr Dent*. 2010;32(7):493-498.

**ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA
EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.**

20. Kirthiga M, Murugan M, Saikia A, Kirubakaran R. Risk factors for early childhood caries: A systematic review and meta-analysis of case control and cohort studies. *Pediatric Dent.* 2019;41(2):95-112.
21. Ferreira JMS, Aragão AKR, Rosa ADB, Sampaio FC, Menezes VA. Therapeutic effect of two fluoride varnishes on white spot lesions: a randomized clinical trial. *Pediatric Dent.* 2009;31(2):139-143.
22. Sharma SV, Deason JE, Wang M, Garcia-Quintana A, Chuang RJ, Johnson K, Garner S, Kelder S, Yamal JM. Association of parental oral health knowledge and self-efficacy with early childhood caries and oral health quality of life in Texas schoolchildren. *Int J Environ Res Public Health.* 2025;22(4):513. doi:10.3390/ijerph22040513.
23. Kierce EA, Boyd LD, Rainchuso L, Palmer CA, Rothman A. Association between early childhood caries, feeding practices and an established dental home. *J Dent Hyg.* 2016;90(1):18-27.
24. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, Newacheck PW. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics.* 2007;120(3):e510–e520. doi:10.1542/peds.2006-3084.
25. Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(4):335-346.

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

Ubicación geográfica.

El centro de salud T-III “Carmen Serdán” se encuentra en la calle de Soledad Solórzano s/n entre María Pistolas y Gertrudis Bocanegra en la Colonia Carmen Serdán, C.P. 04850; ubicado en la Delegación Coyoacán. La ubicación de esta colonia inicia en la esquina que forma la Av. Carmen Serdán y Calzada de la Virgen, inicia en el punto noroeste de la colonia, conforme a las manecillas del reloj y su perímetro es el siguiente: Se inicia en la esquina que forma Avenida Carmen Serdán y Calzada de la Virgen, Avenida Manuela Medina, Avenida Carmen Serdán hasta Calzada de la Virgen. Colinda con las siguientes colonias: Emiliano zapata, Piloto CTM Culhuacán, CTM VI, CTM VII, CTM VIII, CTM IX, IX A, CTM X, Campestre Coyoacán, Villa Quietud, Espartaco, Los cedros, Los girasoles, Las campanas, Santa Cecilia, Santo Tomas.



Imagen 6 . Mapa geográfico de Coyoacán.
Fuente: owje.com



Imagen 7 . Limitación del centro de salud Carmen Serdán.
Fuente: <http://secure.iedf.org.mx/screc2010/coloniasRecibe.php?col=CARMEN%20SERDAN%20%2003-017>

SERVICIOS QUE BRINDA EL CENTRO DE SALUD

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

La unidad es un Centro de Salud de Primer Nivel de Atención tipo T-III conformado por las siguientes áreas y sus actividades correspondientes:

Epidemiología:

- Control de enfermedades transmisibles
- Análisis de datos de enfermedades
- Varicela
- COVID

Administración:

- Recursos humanos
- Finanzas
- Mantenimiento
- Almacén
- Gestión

Atención médica:

- Control prenatal
- Pacientes crónicos degenerativos
- Discapacidades

Enfermería, clínica y campo:

- Esterilización
- Instrumental
- Esquemas de vacunación
- Valoración de cobertura de vacuna en grupo blanco
- Embarazadas a domicilio
- Actualización de cartillas
- Métodos anticonceptivos

Trabajo social

- Atención a usuarios
- Trámites y servicios
- Educación y promoción a la salud
- Apoyo a programas y visitas a casa

Rayos X

- Interpretación de radiografías
- Toma de radiografías

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

Unidad de laboratorio

- Análisis clínico
- Toma de muestras
- Recepción de pacientes
- Reporte de análisis alterados

Nutrición

- Pláticas en sala de espera
- Consultas
- Asistencia a ferias
- Pláticas de GAM
- Consulta de crónicos y sanos

Odontología

- Promoción a la salud
- Atención preventiva
- Atención curativa
- Acciones integradas de salud

Servicio de odontología cuenta con 3 unidades dentales para la atención de pacientes derechohabientes y no derechohabientes, de manera preventiva y curativa a pacientes desde los 3 años hasta la tercera edad.

Clínica de DM

- Prevención de caídas
- Atención a pacientes crónicos
- Taller de aplicación de insulina
- Presión y glucosa
- Bitácoras

CAPA

- Salud mental
- Psicología
- Psiquiatría
- Atención en adicciones
- Prevención de adicciones

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Durante mi servicio social, realizado en el Centro de Salud TIII Carmen Serdán, de febrero de 2023 a enero de 2024, en un horario de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., llevé a

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

cabo diversas actividades relacionadas con la carrera de Odontología, divididas en acciones preventivas y curativas. Dentro de las actividades preventivas se incluyeron la elaboración de historias clínicas, instrucción en técnicas de cepillado, charlas sobre el uso adecuado del hilo dental, aplicación de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana, así como procedimientos como profilaxis, odontoxesis y aplicación tópica de flúor. Por otro lado, las actividades curativas comprendieron restauraciones con resina y extracciones dentales de piezas temporales y permanentes con lesiones de caries severas. Todas las actividades se realizaron en el consultorio dental que cuenta con 3 unidades dentales para la atención al paciente, y bajo la supervisión de los odontólogos de base.

El Centro de Salud contaba con una sala de espera en la que realicé actividades de promoción a la salud, brindando pláticas informativas dirigidas a los pacientes sobre temas básicos de salud bucal. Algunos de los temas abordados fueron: gingivitis, periodontitis, elementos contra la caries dental, biopelícula dental y uso de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso del hilo dental, y la función del flúor, entre otros. También se ofrecieron pláticas dirigidas a un grupo de embarazadas, enfocadas en la importancia del cuidado dental durante el embarazo y en los primeros meses de vida del bebé, abordando temas de la limpieza de encías en recién nacidos y erupción dentaria.

Como parte de las actividades de campo, participé en diversas campañas de salud organizadas en comunidades cercanas al centro de salud, con el objetivo de acercar los servicios odontológicos a la población. En estas campañas, mi función como pasante fue impartir pláticas de prevención y promoción de la salud bucal a estudiantes de diferentes niveles educativos. Asimismo, participé activamente en las Jornadas Nacionales de Salud, en las que elaboré carteles informativos para la promoción de la salud bucal, los cuales fueron colocados tanto en el centro de salud. Durante mi servicio social, elaboré cuatro informes trimestrales de actividades y un informe anual, los cuales fueron entregados y firmados por el Coordinador de Odontología, el Director del Centro de Salud y la Coordinadora de Odontología de la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Basado en mi informe anual de actividades; di consulta de primera vez a 436 pacientes, 824 consultas a pacientes subsecuentes, los pacientes atendidos por edad fueron 109 niños entre 0-15 años, 236 adultos entre 15-69 años y 91 adultos mayores entre 70 años y más, dando un total de 436 consultas.

El total de las actividades preventivas y curativas realizadas fue de 1240, en las que se incluyen: 134 controles de placa bacteriana, 134 técnicas de cepillado dental y uso de hilo dental, 134 aplicaciones de flúor, 87 selladores de fosetas y fisuras, 76

**ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA
EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.**

profilaxis. En actividades curativas supervisadas, realice 49 historias clínicas, 49 odontoxesis, 231 resinas, 83 obturaciones semi permanentes, 6 terapias pulpares, 41 exodoncias, 25 farmacoterapias, 20 certificados médicos y 49 tratamientos terminados.

Bitácora de actividades.

**ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA
EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.**

Tipo de consulta	F e b r e r o	M a r z o	A b r i l	M a y o	J u n i o	J u l i o	A g o s t o	S e p t i e m b r e	O c t u b r e	N o v i e m b r e	D i c i e m b r e	E n e r o	Total
Consultas													
Pacientes de primera vez	25	30	35	40	45	50	48	42	35	30	23	33	436
Pacientes subsecuentes	55	65	70	75	80	85	80	75	70	60	49	60	824
Total	80	95	105	115	125	135	128	117	105	90	72	93	1260
Consultas por grupo de edad													
Niños (0-15 años)	6	9	10	10	11	12	11	9	8	7	6	10	109
Adultos 15 a 69 años)	15	20	22	24	25	26	24	22	20	18	10	10	236
Adultos mayores (70 años y más)	6	8	9	9	10	11	10	8	7	6	3	4	91
Total	27	37	41	43	46	49	35	29	35	31	19	24	436
Actividades preventivas													
Control de placa dentobacteriana	5	14	9	17	12	20	16	8	10	7	4	2	134
Técnica de cepillado	5	14	9	17	12	20	16	8	10	7	4	2	134
Uso de hilo dental	5	14	9	17	12	20	16	8	10	7	4	2	134
Aplicación tópica de flúor	5	14	9	17	12	20	16	8	10	7	4	2	134
Selladores de fosetas y fisuras	4	10	6	12	9	13	11	5	6	5	3	3	87

**ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA
EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.**

Profilaxis	3	9	5	10	8	11	9	6	5	4	3	3	76
Pláticas	1	2	0	0	3	1	1	2	0	0	1	3	13
Otras (especificar)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Total	28	77	47	90	68	105	85	45	51	37	23	17	712
Actividades curativas supervisadas													
Odontoxesis	2	6	4	7	6	7	5	3	3	2	2	2	49
Historia Clínica	2	6	4	7	6	7	5	3	3	2	2	2	49
Resinas	14	20	18	23	21	26	22	18	17	13	9	10	231
Obturaciones Semi Permanentes	4	8	7	11	9	12	10	7	6	4	3	2	83
Terapia Pulpar	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	6
Exodoncias	2	5	4	6	5	6	4	3	2	2	1	1	41
Placas rayos X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Certificados Médicos	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	20
Tratamientos terminados	2	6	4	7	6	7	5	3	3	2	2	2	49
Total	27	52	41	62	54	66	71	37	34	25	19	20	528
Actividades de promoción a la salud													
Actividad	SI					NO					Observaciones		
Primera Jornada Nacional de Salud (Febrero)	X												
Segunda Jornada Nacional de Salud (Mayo)	X												

**ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA
EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.**

Tercera Jornada Nacional de Salud (Octubre)	X		
Jornada Nacional de Salud Bucal (Abril y Noviembre)	X		Entrega de folletos y kits de cepillos y pastas dentales Colgate.
Campaña Antirrábica Canina		X	
Material Educativo (Periodico y Rotafolio)	X		Periodico mural para el Centro de Salud TIII- Carmen Serdan.
Pláticas Educativas	X		Total de 161 pláticas grupales.
Otros			Total de 16 asistencias de Ferias del Bienestar

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Durante el periodo como pasante de servicio social de odontología en el Centro de Salud TIII Carmen Serdán, se realizaron varias actividades que respondieron bien a las necesidades de salud bucal de la gente. Se trabajó tanto en la parte preventiva

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

como en la curativa, además de dar pláticas de promoción a la salud y participar en campañas fuera del centro, lo que ayudó a brindar una atención más completa y cercana a la comunidad.

En cuanto a la prevención, enseñamos a los pacientes cómo cepillarse correctamente, cómo usar el hilo dental, aplicamos flúor y dábamos pastillas reveladoras para que identificaran la placa. Todo esto servía para reeducar a las personas sobre el cuidado correcto de su salud bucal y detectar problemas desde temprano. Por otro lado, también realizamos tratamientos como resinas, y en casos más avanzados, se hacían extracciones dentales.

La atención siempre se dio siguiendo los protocolos de salud establecidos, usando el equipo adecuado, material estéril y barreras de protección tanto para el paciente como para nosotros. Al igual, cada cierto tiempo recibimos visitas de supervisión por parte del personal de la jurisdicción sanitaria, quienes revisaban que todo se estuviera haciendo de forma correcta y bajo las medidas de bioseguridad, lo cual aseguraba que el servicio se mantuviera con buena calidad.

Además, participar en campañas externas y en las jornadas nacionales de salud ayudó a que más personas pudieran recibir atención, como adultos mayores, estudiantes de escuelas cercanas y mujeres embarazadas. Estas actividades fueron muy útiles, sobre todo por la situación económica que vive mucha gente y que hace difícil acceder a servicios privados. También se entregaron cepillos, pastillas reveladoras y folletos, lo cual fue de gran ayuda para fomentar la prevención y apoyar a las comunidades con menos recursos.

Aunque las actividades que se llevaron a cabo fueron efectivas y estuvieron bien organizadas, sí se notaron algunos detalles que podrían mejorarse para llegar a más personas y tener un mayor impacto. Por ejemplo, sería bueno dar más difusión a los servicios que se ofrecen, hacer un mejor seguimiento a los pacientes que ya fueron atendidos y ampliar un poco el horario para quienes no pueden ir por la mañana.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Las actividades que realicé durante mi servicio social en el Centro de Salud TIII Carmen Serdán fueron muy valiosas, tanto para mi formación como odontóloga

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ-UAM XOCHIMILCO DEL 2016 AL 2020.

como por todo lo que pude aportar a la comunidad. Las tareas preventivas, curativas, educativas y en campañas fuera del centro no solo ayudaron a cubrir las necesidades reales de las personas, sino que también me ayudaron muchísimo a crecer como futura profesional.

Durante todo el periodo tuve la oportunidad de poner en práctica lo aprendido en la carrera, atender pacientes reales, mejorar mis habilidades clínicas y, algo muy importante, desarrollar un trato más humano y empático con cada persona que llegaba al consultorio. Además, al participar en campañas y actividades de promoción a la salud, entendí mucho mejor el rol que tiene el odontólogo en la atención primaria, sobre todo en lugares donde hay más carencias o difícil acceso a servicios médicos.

Algo que también me dejó una gran enseñanza fue aprender a trabajar con los pocos recursos que había. Muchas veces había que improvisar, organizar bien el material y buscar soluciones con lo disponible, lo que me enseñó a ser más práctica, resolutiva y a valorar más cada herramienta y cada insumo.

Creo que el servicio social es una parte fundamental en la formación de cualquier profesional de la salud. Me ayudó a reforzar mis conocimientos, a tomar mejores decisiones clínicas, a trabajar en equipo y a entender lo importante que es acercar los servicios de salud a quienes más lo necesitan. También fue muy útil contar con la supervisión constante del personal de la jurisdicción y del equipo base, lo que hizo que todo el proceso fuera más seguro, guiado y enriquecedor.

Como sugerencia, creo que hay algunas cosas que se podrían mejorar para beneficiar a más personas, como: Dar mayor difusión a los servicios odontológicos, para que más gente los conozca y se anime a ir, ampliar un poco el horario de atención, ya que muchas personas no pueden ir por la mañana por temas de trabajo o escuela y hacer un seguimiento más organizado a los pacientes, sobre todo a los que tienen tratamientos que requieren varias citas, para asegurarse de que completen su atención.

En general, esta experiencia fue clave para mí. Me ayudó a reforzar mis conocimientos y a darme cuenta del impacto que puede tener la odontología en la vida de las personas.