

Master ID #: \_\_\_\_\_

**ENTREVISTADOR(A) – POR FAVOR LEA A TODOS LOS PARTICIPANTES:**

*Esta encuesta es parte de un estudio investigativo trabajando con adultos mayores y adultos incapacitados para aprender sobre la salud bucal. Por salud bucal me refiero a los dientes, encías, y la boca. Quiero darle las gracias por tomar tiempo en ayudarnos. Todo lo que usted me diga se mantendrá estrictamente confidencial. Los resultados de este estudio nos proporcionará información importante sobre lo que la gente hace sobre la salud bucal, las preocupaciones que tengan sobre la salud bucal, y como obtener servicios de la salud bucal. No hay respuestas correctas o incorrectas. Estoy interesado(a) en saber lo que usted piensa y cómo usted se siente. Si usted no entiende alguna pregunta, puedo repetírsela. Si tiene alguna pregunta, siéntese libre de preguntarme ahora o en cualquier momento durante la entrevista.*

Entrevistador(a) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COMIENZO de la entrevista: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ am/pm

PARE de la entrevista: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ am/pm

**G.O.H.: Buena Salud Bucal  
Encuesta**

Código del edificio: \_\_\_\_\_

**NOTA: USE LA VERSION EN EL LENGUAJE APROPIADO**

Lenguaje de la Encuesta: (circule el número)	Inglés	1
	Español	2
Género del participante: (circule el número)	Masculino	1
	Femenina	2

Fecha de nacimiento: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Edad del Participante: \_\_\_\_\_

**ENTREVISTADORES: POR FAVOR ASEGURESE QUE LOS PARTICIPANTES RESPONDAN A TANTAS PREGUNTAS COMO SEA POSIBLE. ANIMELOS A RESPONDER Y NO ESCAPE O SALTE NINGUNA PREGUNTA.**

Master Codes: -6 = Not applicable (NA)  
 -7 = Don't know/unsure (DK/U)  
 -8 = Refused to answer (R)  
 -9 = Missing data (M)

**ENTREVISTADOR(A): ¿Estuvo en la presentación sobre “Buena Salud Bucal” que se celebró en la sala de comunidad el: \_\_\_\_\_ [fecha de la presentación]?**

- Si, atendí la presentación entera
  Si, atendí la mayoría de la presentación  
 Si, atendí menos de la mitad de la presentación
  No

**DOMINIO 1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS**

**1. 1 ¿Dónde nació? (marque uno)**

- Dentro de los Estados Unidos ( Incluyendo Puerto Rico, Virgin Islands, y otros teritorrios Estadonidenses)  
 Fuera de los Estados Unidos

**ENTREVISTADOR(A): Si el/la participante nació en los E.U, salte al # 1.3**

- 1.2. Si nació fuera de los Estado Unidos, ¿cuántos años ha vivido en los E.U.? (años) \_\_\_\_\_**  
**1.3. ¿Cuánto tiempo ha vivide en este edificio? (años y meses) \_\_\_\_\_**  
**1.4. ¿De qué grupo racial o étnico, o grupos, se considera Ud. parte? \_\_\_\_\_**  
**1.5. Dígame por favor ¿a cuál de estos grupos piensa que usted pertenece?**

**(Escoja solamente uno de los siguientes):**

- Negro(a)/Afro-Americano(a)  
 Puertorriqueño(a)  
 Otro Latino (especifique): \_\_\_\_\_  
 Antillano/Caribeño(a) (especifique): \_\_\_\_\_  
 Euro-Americano(a)/Caucasiano(a) (especifique): \_\_\_\_\_  
 Asiático/ Isleños del Pacifico  
 Nativo Americano(a)/Indio Americano  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
 Mestizo(a) (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**1.6. Por favor, dígame el/los idioma(s) que usted habla, lee y/o escribe: (revise todos, circule)**

	Bien (4)	Un Poco (3)	No Muy Bien (2)	Nada (1)
a. Hablo y entiendo inglés hablado				
b. Puedo escribir en inglés				
c. Puedo leer el periódico en inglés				
d. Hablo y entiendo español				
e. Puedo escribir en español				



**ENTREVISTADOR(A): Si la respuesta es No, salte al # 1.13**

**1.12a. Si la respuesta es Sí, ¿quién mas vive con usted todo el tiempo? (Marque todo lo que corresponda)**

- Esposo(a)
- Compañero(a) sexual, no esposo(a)
- Hijos adultos
- Otros parientes adultos
- Hijos, nietos, u otros familiares menores de 18
- Amigos adultos no relacionados que no son parejas sexuales
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**INGRESO**

**1.13. Ahora le voy a preguntar acerca de todas sus fuentes de ingresos. Por favor, para cada de los siguientes, dígame si recibe usted algún ingreso (ENTREVISTADOR: Lea CADA artículo).**

	No (0)	Sí (1)	NS/ No está seguro (-7)	Se negó contestar (-8)
a. Empleo de tiempo completo				
b. Empleo de tiempo parcial				
c. Seguro social				
d. Pensión				
e. Cupones de alimento				
d. Dinero por incapacidad				
e. Asistencia general				
f. Contribuciones de sus familiares				
g. Trabajitos (“joseando”, “chambas”)				
f. Otro (especifique)				

**1.14. ¿Cuál es su ingreso mensual TOTAL de TODAS fuentes, antes de cualquier gasto? (ENTREVISTADOR: Ayude al residente con la matemática si es necesario) \$ \_\_\_\_\_**

**1.15. ¿Cuánto se preocupa usted por el dinero? (circule)**

- Nada(4)       Raramente(3)       A veces(2)       Siempre(1)

**1.16. ¿Cuán bien cubre su ingreso actual sus necesidades (comida, medicinas, renta, etc.)?**

Nada(4)       Raramente(3)       A veces(2)       Siempre(1)

**DOMINIO 2. RECURSOS**

**2.1. ¿Tiene usted un teléfono?**

Sí     No

2.1a. Si responde *Sí*, ¿puede ser localizado por ese telefono?

Siempre     Algunas veces     Nunca

**ENTREVISTADOR(A): Si el/la participante tiene teléfono, salte al # 2.3. Si NO, salte al # 2.2.**

**2.2. Si no tiene teléfono, ¿tiene Ud. acceso a un teléfono? (circule)**

Regularmente     A veces     Solo para emergencias

**2.2a. ¿Puede ser localizado por este telefono en cualquier tiempo?**

Sí     No

**2.3. ¿Tiene Ud. transporte cuando lo necesite?     Sí     No**

**2.4. ACTIVIDADES COTIDIANAS DE LA VIDA**

Las siguientes preguntas son acerca de las actividades que podría hacer durante un **día típico**. Para cada actividad, por favor diga si usted es capaz de hacerlo sin ayuda, por ti mismo(a), con ayuda, o no ha podido hacerlo.

<i>¿Necesita ayuda con....?</i>	<u>Ninguna ayuda</u>	<u>Ayuda</u>	<u>No puede hacerlo</u>	<u>NS/No Sabe</u>	<u>Negó responder</u>
<b>a.</b> Caminar a través de una pequeña habitación?	0	1	2	-7	-8
<b>b.</b> Baños: baños de esponja, baños de tina, o duchas?	0	1	2	-7	-8
<b>c.</b> Arreglado, como cepillar el cabello, cepillar los dientes, o lavado de cara?	0	1	2	-7	-8
<b>d.</b> Vestirse, como ponerse una camisa, abotonado y subiéndose el "zipper" (la cremallera), o poniendo los zapatos?	0	1	2	-7	-8
<b>e.</b> Comer, como aguantando un tenedor, cortando la comida, a bebiendo de un vaso de cristal?	0	1	2	-7	-8
<b>f.</b> Pasar de la cama a una silla?	0	1	2	-7	-8
<b>g.</b> Utilizando el inodoro?	0	1	2	-7	-8
<b>h.</b> Cepillandose sus dientes o limpiando sus dentaduras	0	1	2	-7	-8

**2.5. ¿Usted atiende a cualquier de los siguientes programas en su edificio? (marque todo que corresponda)**

<b>Actividad en el edificio</b>	<b>Nunca(0)</b>	<b>Aveces (1)</b>	<b>Frecuentemente (2)</b>	<b>Siempre (3)</b>	<b>El edificio no patrocina (-7)</b>
<b>a.</b> Recibe alimentos (FoodShare; Meals-on-					

Wheels)					
<b>b.</b> Relacionado con la salud (Exámenes de la presión alta, exámenes de audición, información sobre la salud, vacunación contra la gripe, exámenes de la vista)					
<b>c.</b> Reuniones de la Asociación de Inquilinos					
<b>d.</b> Días de fiesta u otros eventos sociales					
<b>e.</b> Actividades en la comunidad (fuera del edificio) organizadas por el/la administrador del edificio o por otra organización					

## 2.6 ESCALA BERKMAN DEL APOYO SOCIAL/LAS REDES SOCIALES

	Nadie(0)	1-2(1)	3-5(2)	6-9(3)	10+(4)	NS(-7)
<b>a.</b> ¿Cuántos amigos cercanos tiene Ud., con quienes se siente cómodo(a), y con quienes puede hablar sobre asuntos privados?						
<b>b.</b> ¿Cuántos de estos amigos cercanos ve por lo menos una vez al mes?						
<b>c.</b> ¿Cuántos familiares tiene UD., con quien se siente cómodo(a), y con quien puede hablar sobre asuntos privados?						
<b>d.</b> ¿Cuántos de estos familiares ve por lo menos una vez al mes?						

**2.6e** ¿Participa usted en algún grupo, como en un centro de ancianos, grupo social o de trabajo, grupo religioso, grupo de autoayuda, de caridad, de servicio público, o grupo de la comunidad?

- No            0  
 Sí                1  
 NS               -7

**2.6f** ¿Con qué frecuencia va a reuniones o servicios religiosos?

- Nunca o casi nunca            0  
 1 o 2 veces al año                1  
 Cada pocos meses                2  
 1 o 2 veces al mes                3  
 1 vez por semana                 4  
 Más de una vez por semana    5  
 NS                                    -7

	Nadie(0)	1-2(1)	3-5(2)	6-9(3)	10+(4)	NS(-7)
<b>g.</b> ¿Hay alguien disponible en quien usted puede contar para escucharle cuando necesita hablar?						
<b>h.</b> ¿Hay alguien disponible que le pueda dar buen consejo sobre un problema?						
<b>i.</b> ¿Hay alguien disponible que le demuestra amor y cariño?						
<b>j.</b> ¿Puede Ud. Contar con alguien que le provea apoyo emocional (hablar sobre problemas o ayudarle a manifestar una decisión difícil)?						
<b>k.</b> ¿Tiene Ud. Tanto contacto como desaría con alguien cercano, alguien en quien pueda confiar?						

**2.7. APOYO SOCIAL NIVEL EDIFICIO**

**2.7a** ¿Cuántas personas en este edificio cree usted que solicitan información de otros residentes acerca de problemas de salud y cómo manejarlos, sin contar el/la administrador/a u otras personas que trabajan aquí?

\_\_\_\_ Número                      \_\_\_\_ NS

**2.7b.** ¿A quien solicita usted sobre informacion de salud en este edificio?

- \_\_\_\_ Otros residentes
- \_\_\_\_ Administración
- \_\_\_\_ Personas que vienen a este edificio para dar servicios
- \_\_\_\_ Nadie

**2.7c.** ¿Cuantas personas que viven en este edificio habla usted si ocupa información sobre problemas de salud y como manejarlos, sin contar el/la administrador/a u otras personal que trabajan aquí?

\_\_\_\_ Número                      \_\_\_\_ NS

**DOMINIO 3. SEGURO MEDICO Y LA SALUD FISICA**

**3.1.** ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted? (pregúntale acerca de cada uno, marque todo aquel que corresponda)

- a. \_\_\_\_ Medicaid
- b. \_\_\_\_ Mediare
- c. \_\_\_\_ Seguro Privado/Suplementario (AARP, BC/BS)
- d. \_\_\_\_ Ninguno
- e. \_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**3.2.** USUALMENTE, ¿Dónde va para su tratamiento de salud? (marque uno e indique cual)

- a. \_\_\_\_ Clínica del hospital
- b. \_\_\_\_ Centro de salud comunitario
- c. \_\_\_\_ Oficina de un médico privado
- d. \_\_\_\_ Sala de emergencia

e.  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**3.3. En general, ¿cómo calificaría su salud física total? (circule)**

Mala (1)     Regular (2)     Bien (3)     Muy bien (4)     Excelente (5)

**3.4. CES-D PANTALLA DE 10 ARTICULOS**

**ENTREVISTADOR(A): Utilice los criterios de puntuación proporcionados. Note que las preguntas 4 y 7 están marcadas a la inversa.**

**ENTREVISTADOR(A): Voy a leerle una lista indicando maneras que usted puede haber sentido o que pueda haberse comportado durante la semana pasada. Por favor dígame si durante la semana pasada ¿se ha sentido o se ha comportado en cualquiera de las siguientes maneras? Por favor conteste SI o NO.**

<i>Durante la semana pasada, ...</i>	No	Sí	NS	Se nego contestar
a. ¿Se ha sentido deprimido?	0	1	-7	-8
b. ¿Ha sentido que todo lo que hizo fue un esfuerzo?	0	1	-7	-8
c. ¿Fue su sueño inquieto?	0	1	-7	-8
d. ¿Estaba feliz?	0	1	-7	-8
e. ¿Se ha sentido solitario(a)?	0	1	-7	-8
f. ¿Fue la gente hostil?	0	1	-7	-8
g. ¿Ha gozado la vida?	0	1	-7	-8
h. ¿Se ha sentido triste?	0	1	-7	-8
i. ¿Ha sentido Ud. que le cae mal a la gente?	0	1	-7	-8
j. ¿Ha sentido que no ha podido motivarse?	0	1	-7	-8
<b>Total CES-D Score (Total of "1s")</b>	0	1	-7	-8

**DOMINIO 4. SALUD BUCAL**

**4.1. Auto-calificación de la salud bucal:**

¿Cómo calificaría la salud general de sus dientes y muelas, encías, y boca?

Excelente (4)     Bien (3)     Regular (2)     Mala (1)     NS (-7)

**4.2. Usualmente, ¿dónde va para su tratamiento dental regular? (marque uno e indique cual)**

- a.  Clínica del hospital                      ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- b.  Centro de salud comunitario              ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- c.  Oficina de dentista privado                ¿Cuál? \_\_\_\_\_

- d. \_\_\_ Sala de emergencia                      ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- e. \_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_
- f. \_\_\_ Ningún lugar \_\_\_\_\_

**4.3 Si tiene una emergencia dental/bucal, ¿dónde va? (marque uno e indique cual)**

- a. \_\_\_ Clínica del hospital                      ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_ Centro de salud comunitario              ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_ Oficina de dentista privado              ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_ Sala de emergencia                      ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- e. \_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**4.4. La última vez que usted visitó al dentista, fue para un chequeo, un problema que fue tratado, o un chequeo y un tratamiento para un problema? (Marque uno).**

- a. \_\_\_ un chequeo (1)
- b. \_\_\_ un problema que fue tratado (2)
- c. \_\_\_ un chequeo y un tratamiento para un problema (3)
- d. \_\_\_ una emergencia (4)

**4.5. ¿Alguna vez, su doctor, u otro proveedor de salud le pregunto sobre su salud bucal, dientes, encías, o checkiado por dentro de su boca en una visita rutina?**

\_\_\_ Si                      \_\_\_ No

**4.6. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista?**

\_\_\_ en los últimos 6 meses (5)      \_\_\_ de 6 meses a 1 año atrás (4)      \_\_\_ hacen 1-2 años (3)

\_\_\_ más de dos años (2)              \_\_\_ Nunca he ido a un dentista (1)

**4.6. (PARA LOS QUE NO HAN IDO A UN DENTISTA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS)**

**ENTREVISTADOR/A: Para cada una de las siguientes frases que voy a leerle, por favor dígame que tan importante fue el motivo/la razón por no ir al dentista.**

	Muy Cierto (1)	Poco Cierto (2)	No Cierto (3)
a. No he tenido ningún problema con mis dientes o encías			
b. No tengo seguro dental			
c. No tengo el dinero para ir al dentista			
d. No tengo tiempo de ir al dentista			
e. No tengo transportacion o manera de llegar al dentista			
f. No tengo dentista			
g. Tengo Medicaid y no encuentro un dentista que acepte Medicaid			
h. Intenté ir pero no pude conseguir una cita			
i. No sé porque, es que no he ido			
j. No encuentro un dentista que hable mi idioma			

<b>k.</b> No puedo ir al dentista porque no tengo suficiente seguro médico			
<b>l.</b> Temo ir al dentista porque quizás no limpiarán los instrumentos correctamente			
<b>m.</b> Temo ir al dentista porque podría sacar todos mis dientes			
<b>n.</b> Temo ir porque no me gusta el fuerte sonido de la broca			
<b>o.</b> Temo que no tomarán en cuenta mis otros problemas de salud o mis medicamentos			
<b>p.</b> Temo que me anestesian sin preguntarme			
<b>q.</b> Temo que el dentista no será lo suficiente cuidadoso			
<b>r.</b> Temo que el dentista no escuchará mis preocupaciones			
<b>s.</b> Temo ir al dentista porque no me gustan las agujas			

**4.8. ¿En algún momento le ha dicho un dentista o higienista que usted tiene una enfermedad en las encías?**

\_\_\_ Sí (1)                      \_\_\_ No (0)                      \_\_\_ NS (-7)

**4.9. Si la respuesta es sí, ¿cuánto hace que le dijeron que usted tenía una enfermedad en las encías?**

\_\_\_ Menos de 1 año atrás                      \_\_\_ 1 – 2 años atrás

\_\_\_ 3 – 5 años atrás                      \_\_\_ Más de 5 años atrás

**4.10. ¿Ha recibido tratamiento para la enfermedad de las encías, llamado raspado y alisado radicular, o “limpieza profunda” de sus dientes?**

\_\_\_ Sí                      \_\_\_ No

**4.11. ¿Tiene Ud. algunos dientes naturales (incluyendo coronas y tapas pero no implantes)?**

\_\_\_ Sí                      \_\_\_ No  
\_\_\_ Si sí, cuantos tiene?

**4.12. ¿Cuántos de sus dientes adultos (permanentes), incluso los cordales, se le han sacado?**

\_\_\_ Ninguno (5)                      \_\_\_ Entre 1 y 4 (4)                      \_\_\_ Entre 5 y 8 (3)

\_\_\_ Más de 8 dientes pero no todos (2)                      \_\_\_ Todos(1)                      \_\_\_ NS (-7)

**4.13. Tiene algunas parciales o dentaduras completas?**

**4.13a. Si sí, cuales: \_\_\_ parciales \_\_\_ dentaduras**

**4.14. Tiene algunas implantas?**

\_\_\_ Sí                      \_\_\_ No

**DOMINIO 5. COMPORTAMIENTOS DENTALES PREVENTIVOS E HIGIENE BUCAL**

*Para personas con dientes (incluso si tiene puentes o parciales)*

**5.1. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?**

\_\_\_ Nunca (6)                      \_\_\_ Una vez por semana (5)                      \_\_\_ Un par de veces a la semana (4)

\_\_\_ Una vez al día (3)      \_\_\_ Dos veces al día (2)      \_\_\_ Más de 2 veces/día (1)

**5.2. ¿Utiliza usted pasta dental?**

**5.2a.** \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**5.2b.** Si responde sí, ¿qué marca? \_\_\_\_\_

**5.2c.** Si responde no, ¿qué utilizas? \_\_\_\_\_

**5.3. ¿Se cepilla los dientes antes de acostarte?**

\_\_\_ Siempre      \_\_\_ Algunas veces      \_\_\_ Nunca

**5.4. ¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental?**

\_\_\_ Nunca (1)      \_\_\_ Una vez por semana (2)      \_\_\_ Un par de veces a la semana (3)  
 \_\_\_ Una vez al día (4)      \_\_\_ Dos veces al día (5)      \_\_\_ Más de 2 veces/día (6)

**5.4.a** Se limpia por medio de los dientes con otro material? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

**5.4.b.** Si sí, que usa? \_\_\_\_\_

**5.5. ¿Con qué frecuencia usa lavado de boca o enjuague dental?**

\_\_\_ Nunca (1)      \_\_\_ Una vez por semana (2)      \_\_\_ Un par de veces a la semana (3)  
 \_\_\_ Una vez al día (4)      \_\_\_ Dos veces al día (5)      \_\_\_ Más de 2 veces/día (6)

*Para personas con dentaduras postizas/parciales:*

**5.6. ¿Con que frecuencia usted limpia su dentadura postiza/sus parciales?**

\_\_\_ Nunca (1)      \_\_\_ Una vez por semana (2)      \_\_\_ Un par de veces a la semana (3)  
 \_\_\_ Una vez al día (4)      \_\_\_ Dos veces al día (5)      \_\_\_ Más de 2 veces/día (6)

**5.7. ¿Qué utiliza para limpiar sus dentaduras/sus parciales mayormente o todo el tiempo? (escoja uno)?**

- \_\_\_ Tabletas
- \_\_\_ Cepillo de diente
- \_\_\_ Cepillo y pasta dental
- \_\_\_ Jabón y agua
- \_\_\_ Otro

**5.8 ¿Con que frecuencia se quita sus dentaduras/sus parciales antes de ir a dormir?**

\_\_\_ Nunca (1)      \_\_\_ Una vez por semana (2)      \_\_\_ Un par de veces a la semana (3)      \_\_\_ Siempre (4)

**5.9 Con que frecuencia usted:**

	Nunca (0)	1 vez al día(1)	2-3 veces a día (2)	4-5 veces al día (3)	Mas de 5 veces al día (4)
a. bebe jugo de fruta					
b. como bocadillos dulces (como					

galletas, resposterías, dulce)					
c. Come bocadillos con almidón (como galletas, pan, patatas fritas)					
d. Chupa caramelos duros					
e. Bebe o come cosas dulces, almidón, o jugo de fruta de noche, después de cepillarse los dientes					

**5.10 Que tan importante piensa que es lo siguiente:**

	Muy Importante(1)	Poco Importante(2)	No Muy Importante(3)	No Importante(4)
<b>Para todos los participantes:</b>				
a. Visitar el dentista una vez al año				
<b>Para personas con dientes naturales</b>				
b. cepillarse los dientes una vez al día				
c. cepillarse los dientes con pasta que contiene fluoruro				
d. Use hilo dental o limpiar entre los dientes por lo menos una vez al día				
e. chequearse si tiene llagas en la boca				
<b>Para personas con parciales o dentaduras</b>				
f. quitarse las denturas/parciales antes de dormir				
g. Remojar las dentaduras/parciales por la noche				
h. Limpiar las denturas/parciales				
i. limpiar las encías con gasa o un toalla para la cara				

**5.11 BOCA SECA**

	Sí (1)	No (0)
a. ¿Siente la boca seca durante la noche o al despertar?		
b. ¿Siente la boca seca durante otras partes del día?		
c. ¿Mantiene un vaso de agua al lado de su cama?		
d. ¿Bebe a sorbos sus líquidos para ayudarte a tragar alimentos secos?		
e. ¿Siente la boca seca cuando estás comiendo una cena?		
f. ¿Tiene dificultad al tragar/pasar alguna comida?		
g. ¿Mastica chicle diariamente para aliviar la boca seca?		

h. ¿Utiliza caramelos duros o mentas diariamente para aliviar la boca seca?

**15.12. Le parece que la cantidad de saliva en su boca algunas veces o siempre parece ser:**  
 \_\_\_ Muy poquito      \_\_\_ Demasiado      \_\_\_ No se da cuenta

**DOMINIO 6. CONSEJO SOBRE LA SALUD BUCAL**

**6.1. ¿De dónde obtiene información sobre la salud bucal? (lea cada uno, marque todo lo que corresponda).**

a. Periodicos/Revistas		
b. Television/Radio		
c. Otros Residentes		
d. Familiares		
e. Enfermeras vistantes		
f. Dentista/Hygenico		
g. Internet		
h. Educadores de salud que visitan el edificio		
i. Amigos fuera de este edificio		
j. Administracion del edificio		
Otro:		

**6.2. ¿Alguna vez le ha aconsejado a alguien en el edificio que vaya a un dentista?**  
 \_\_\_ Si      \_\_\_ No

**6.3. ¿Alguna vez le ha aconsejado a alguien en el edificio sobre cepillandose y \_ los dientes?**

**DOMINIO 7. SALUD BUCAL Y LA CALIDAD DE VIDA**

(Índice de evaluación de la salud bucal geriátrica – GOHAI; cuestionario auto-administrado de 12 artículos)

En los últimos tres meses	Nunca (0)	Raramente (1)	A veces (2)	Frecuentemente (3)	Siempre (4)
a. ¿Con que frecuencia limitaba el tipo o la cantidad de lo que comía debido a los problemas con sus dientes, boca, o dentadura postiza?					
b. ¿Con que frecuencia tuvo problema mordiendo o masticando todo tipo de comida, como la carne firme o las manzanas?					
c. ¿Con qué frecuencia pudo tragar o pasar cómodamente?					
d. ¿Con qué frecuencia sus dientes o dentaduras postizas le impidieron					

hablar como quería?					
e. ¿Con qué frecuencia pudo comer cualquier cosa sin ninguna molestia?					
f. ¿Con qué frecuencia ha limitado su contacto con personas debido a la condición de sus dientes o dentadura postiza?					
g. ¿Con qué frecuencia se ha sentido feliz o satisfecho/a con la apariencia de sus dientes, encías, o dentadura postiza?					
h. ¿Con qué frecuencia utilizó medicamentos para aliviar dolor o molestia alrededor de su boca?					
i. ¿Con qué frecuencia estabas preocupado/a por los problemas con sus dientes, encías o dentadura postiza?					
j. ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso/a o auto-consciente debido a problemas con sus dientes, encías, o dentadura postiza?					
k. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incómodo/a comiendo delante de personas debido a los problemas con sus dientes o dentadura postiza?					
l. ¿Con qué frecuencia fueron sus dientes sensibles al calor, al frío, o a los dulces?					

**DOMINIO 8. RIESGO PERCIBIDO DE LA ENFERMEDAD BUCODENTAL**

*¿Qué tan posible es que ... (circule uno para cada pregunta)*

	No Pobrable (4)	No Poco Probable (3)	Probable (2)	Muy Problabe (1)
a. ¿le pueda tener caries?				
b. ¿le de dolor de diente/muela?				

c. ¿Tenga problemas con sus encías?				
d. ¿Desarrolle cancer bucal?				
e. ¿Tenga que ir al hospital debido a problemas relacionados con sus dientes, encías, y boca.				

**DOMINIO 9. EFICACIA DE LA SALUD BUCAL/ LOCUS DE CONTROL**

**9.1. Ahora le voy a leer un lista. Porfavor digame si esta decuerdo con las siguientes declaraciones.**

	Totalmente de acuerdo (4)	De acuerdo en parte (3)	Desacuerdo en parte (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
a. Si me cepillo los dientes y uso hilo dental correctamente, espero menos problemas dentales.				
b. Creo que sé como diferentes llagas en la boca pueden ser tratadas.				
c. Creo que los dientes deben durar toda la vida.				
d. Sólo el dentista puede prevenir las caries y la enfermedad de las encías.				
e. Creo que se pueden prevenir las caries.				
f. Si alguien me mostrara como limpiar mis dientes y boca, sería capaz de practicar mejor cuidado de la salud bucal.				
g. Si ambos padres han tenido dientes malos, cepillando y el uso de hilo dental no ayudará.				
h. Creo que durante la noche no se tienen que sacar las dentaduras.				
i. Creo que sé cómo usar hilo dental correctamente.				
j. No es posible evitar enfermedades y medicamentos que destruyen los dientes.				
k. Creo que el uso de hilo dental puede prevenir la enfermedad en las encías.				
l. Creo que la pérdida de dientes es una parte normal de la vejez.				
m. Aunque cuide bien los dientes, sólo se van a caer al uno envejecer.				
n. Si supiera los hechos acerca de la enfermedad dental, sería capaz de practicar mejor cuidado de la salud bucal.				
o. Creo que puedo quitar la mayor parte de la placa para ayudar a prevenir las caries y enfermedad de las encías.				
p. Creo que una forma de cepillarse los dientes es				

tan buena como cualquier otra.				
q. Creo que se puede prevenir la enfermedad de las encías.				
r. Creo que puedo comer mejor si tengo una boca sana y limpia.				
s. Creo que cepillándose puede prevenir las caries.				

### DOMINIO 10. CONOCIMIENTO DENTAL

Porfavor responda cierto o falso a lo siguiente			
a. Alimentos y bebidas azucarados pueden causar caries	Cierto (1)	Falso (2)	NS (-7)
b. Las caries y la enfermedad de las encías son causadas por una infección en la boca			
c. Enfermedad de las encías que no es tratada puede causar una infección en la boca			
d. Fluroruro ayuda a prevenir caries			
e. Se deben sacar las dentaduras antes de uno ir a dormir			
f. La enfermedad de las encías es causado por gérmenes en la boca			
g. El cáncer bucal es contagioso			

### DOMINIO 11. ESCALA DE MIEDO DE LA AUTOGESTION

#### 11.1. ¿Cuán preocupado/a o avergonzado/a es Ud. que.....

	Muy(1)	Algo(2)	No Muy(3)	Nada(4)
a. ¿No pueda limpiar sus dentaduras correctamente?				
b. ¿No pueda controlar su mal aliento?				
c. ¿Los medicamentos que esté tomando le están afectando a sus dientes?				
d. ¿Si se cepilla los dientes, irritará sus encías?				
e. ¿No se cepilla los dientes lo suficiente?				
f. ¿Cuando usa hilo dental hay sangre?				
g. ¿No se cepilla los dientes correctamente?				
h. ¿No esté utilizando el cepillo de diente correcto para limpiar sus dientes?				
i. ¿No sabé cómo limpiar su lengua?				
j. ¿No sabé cuándo es el mejor tiempo para ir al dentista?				
k. ¿Se podría secar su boca si utiliza enjuague búcal?				
l. ¿Se siente tu boca seca todo el tiempo?				
m. ¿Si se saca las dentaduras las puede perder?				

n. ¿Puede que tenga que obtener dientes de un muerto y eso que mantiene en su boca los dientes?				
o. ¿Podría obtener una infección de boca o diente, o cáncer su va ak dentista?				
p. ¿No puede limpiar por detrás de sus dientes y a lamejor cuase que se pudran?				
q. ¿Sus dientes pueded impedirle tener amigos o socializar?				
r. ¿Sus dientes malos le impiden comer alimentos que le mantendrá?				
s. ¿Sus dientes se descoloran y no los puede blanquear?				
t. ¿Siente dolor cuando intenta cepillarte?				
u. ¿Le duele cuando se pone las denturas?				
v. ¿Siente que le duele un diente cuando se cepilla?				
w. ¿Teme cepillarse los dientes porque son sensibles?				

## 11. 2. Temores de la Salud Bucal

Tiene Ud. miedo ...

	Mucho (1)	Algo(2)	No Mucho (3)	Nada (4)
a. De que el sangrado de las encías puede ser un problema serio.				
b. de perder los dientes				
c. al cáncer				
d. que problemas con mis dientes y el problema con mi encía podrían afectar a mi salud general				

## DOMINIO 12. HOSPITALIZACIONES Y ESTADO DE SALUD

*Ahora voy a preguntarle sobre su salud física. ¿Qué problemas de salud tiene usted que han sido DIAGNOSTICADOS POR UN MEDICO OF PROFESIONAL DE LA SALUD?*

*ENTREVISTADOR(A): Si el residente contesta "sí" pregúntale "b" y "c" antes de saltar al próximo problema de salu*

Padecimiento	¿Diagnosticado con? a	¿Este problema impide a que usted haga actividades normales en su vida diaria? b	¿Ha sido hospitalizado(a) debido a este problema? c
a. Diabetes	Sí No	Sí No	Sí No
b. Artritis	Sí No	Sí No	Sí No

<b>c.</b> Cardiopatía/Enfermedades cardiacas	Sí No	Sí No	Sí No
<b>d.</b> Presión arterial alta (presión alta)	Sí No	Sí No	Sí No
<b>e.</b> Problemas respiratorios o pulmonares	Sí No	Sí No	Sí No
<b>f.</b> Glaucoma, cataratas, u otros problemas serios con la vista	Sí No	Sí No	Sí No
<b>g.</b> Pérdida de la audición (sordera)	Sí No	Sí No	Sí No
<b>h.</b> Cáncer (cualquier)	Sí No	Sí No	Sí No
<b>i.</b> Problemas debido a un derrame cerebral	Sí No	Sí No	Sí No
<b>j.</b> Problemas serios con la digestión/problemas del estóma	Sí No	Sí No	Sí No
<b>k.</b> Tristeza o depresión a largo plazo	Sí No	Sí No	Sí No
<b>l.</b> Pulmonía	Sí No	Sí No	Sí No
<b>m.</b> Reemplazo de la articulación (rodilla, cadera o hombro)	Sí No	Sí No	Sí No
<b>n.</b> Salud Mental	Sí No	Sí No	Sí No
<b>o.</b> Algunos infecciones en el corazon?	Sí No	Sí No	Sí No
<b>p.</b> Algunos procidemientos para el corazon? Por favor especifique _____	Sí No	Sí No	Sí No

## DOMINIO 13. USO DE SUSTANCIAS

### 13.1 ALCOHOL

Dias	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30	NC	NS
Codigo	1	2	3	4	5	6	7	-7	-8
<b>a.</b> ¿En los ultimos 30 dias, en cuantos dias consumo aunque sea una bebida de alcohol?									
<b>b.</b> ¿En los unltimos 30 dias, en cuantos dias bebio 5 o mas bebidas alcohol seguidos, por ejemplo, dentro unas pocas de horas?									

### CONSUMO DE TOBACO

**13.3** ¿Alguna vez ha consumido cualquiera de los siguientes productos de tabaco?  
(ENTREVISTADOR(A): Pregunte “alguna vez,” “en los últimos 6 meses”, y “ahora”.)

	<b>Alguna vez</b>	<b>En los últimos 6</b>	<b>Ahora</b>
--	-------------------	-------------------------	--------------

	meses					
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a. Cigarillos	1	0	1	0	1	0
b. Cigarros	1	0	1	0	1	0
c. Pipa/Tabaco de pipa	1	0	1	0	1	0
d. Tabaco de masticar	1	0	1	0	1	0
e. Otro:	1	0	1	0	1	0

**DOMINIO 14. INTENCION**

¿Cuáles son las posibilidades de que?...	Muy buena posibilidad (4)	Buena posibilidad (3)	Posibilidad leve (2)	Ninguna (1)
<b>Para personas con dientes naturales</b>				
a. se cepille los dientes al menos dos veces al día?				
b. use hilo dental o limpie en medio de sus dientes al menos una vez al día?				
c. examine su boca para dientes flojos?				
d. examine su boca para úlceras y dientes rotos al menos una vez a la semana				
e. visite al dentista en el próximo año para un chequeo y un examen para detectar cáncer bucal?				
<b>Para personas que tienen dentaduras/caja de dientes</b>				
f. se quite sus dentaduras cada noche antes de ir a dormir?				
g. coloque sus dentaduras en un vaso con agua cuando usted no las este usando?				
h. examine su boca para ver si hay úlceras al menos una vez a la semana?				
i. limpie su boca a diario?				
j. limpie sus dentaduras con la pasta dental y un cepillo cada día?				
k. visite al dentista en el próximo año para un chequeo y un examen para detectar cáncer bucal?				
l. examine sus dentaduras para verificar que se ajustan adecuadamente?				

**DOMINIO 15. MEDICAMENTOS**



---

---

---

**DOMINIO 16. PREGUNTAS POSTERIORES A LA CAMPAÑA**

**16.1. ¿Cuánto sabe acerca de la campaña del proyecto GOH/proyecto Salud Bucal que ha tenido lugar en el edificio.**

\_\_\_ Sé mucho (4)                    \_\_\_ Algo (3)    \_\_\_ Un poco (2)            \_\_\_ Nunca oído hablar de (1)

**16.2. ¿En cuántas sesiones participó?:**

\_\_\_ Ninguna (1)                    \_\_\_ 1 (2)                    \_\_\_ 2 (3)

**16.3. ¿En cuántas actividades participó durante los eventos de la campaña?**

\_\_\_ Ninguna (1)                    \_\_\_ 1-2 (2)                    \_\_\_ 3-4 (3)                    \_\_\_ 5+