

Master ID #: _ _ _ _

Participant 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. Su participación es voluntaria. Puede negarse a contestar cualquier pregunta o parar la entrevista en cualquier momento. Si tiene alguna pregunta, siéntase 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

**B.S.B.: Buena Salud Bucal
Encuesta**

Código del edificio: ____ T0____ T1____ T2____ T3____ (GOHAI-solamente)

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
	Femenino	2

Fecha de Nacimiento: _____ Día: ____ Año _____

Edad del Participante: ____

ENTREVISTADOR(A): 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: 96 = No aplica (NA)
97 = No sé/No seguro/a (NS/I)
98 = Se negó a contestar (R)
99 = Falta data/Error del entrevistador (M)

ENTREVISTADOR(A): ¿Estuvo en la presentación Introductoria sobre “Buena Salud Bucal” que se celebró en el salón comunitario el: _____ [fecha de la presentación]?

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

SECCION 1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

1.1 ¿Dónde nació? (marque uno)

- Dentro de los Estados Unidos (Excluyendo Puerto Rico, Islas Vírgenes y otros territorios Estadounidenses)
- Puerto Rico
- En alguna otra parte del Caribe (Islas Vírgenes, etc.)
- Fuera de los Estados Unidos. Especifique _____

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 vivido en este edificio? (años y meses) _____ años _____ meses

1.4. ¿De qué grupo racial o étnico, o grupos, se considera Ud. parte? _____

1.5a. ¿Es usted de origen Hispano? (Puertorriqueño, Cubano, Hondureño, Mexicano, etc.)

- No (0)
- Sí (1)

ENTREVISTADOR: SI NO ES HISPANO, SALTE A 1.5d

1.5b. ¿Es usted Puertorriqueño?

- No (0)
- Sí (1)

1.5c. Como una persona latina/hispana, por favor dígame cuál de estas categorías raciales coincide más con la forma de pensar de sí mismo. Por favor, escoja solo una de ellas.

- Negro/a (1)
- Blanco/a (2)
- Otro (3)

ENTREVISTADOR: SI ES HISPANO, SALTE A 1.6

1.5d. Por favor, dígame cuál de estas categorías raciales coincide más con la forma de pensar de sí mismo. Por favor, escoja solo una de ellas.

- Negro/a – No Hispano/a (1)
- Blanco/a – No Hispano/a (2)
- Indio Americano o Nativo de Alaska (3)
- Asiático/Isleños del Pacífico (4)
- Otro (5)

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

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

1.7. ¿Habla usted algunos otros idiomas? Sí (1) No (0)

1.7a. Si las respuesta es sí, ¿cuál es/son el/los idioma(s)? _____

1.8. ¿Necesita usted ayuda de alguien cuando lee las instrucciones, folletos u otro material escrito por su médico o farmacia?

Siempre (2) A veces (1) Nunca (0)

1.9. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado? (marque la respuesta)

<input type="checkbox"/> Ninguna escuela formal	1
<input type="checkbox"/> 1° - 3° grado	2
<input type="checkbox"/> 4° - 8° grado	3
<input type="checkbox"/> 9° a menos de graduado de escuela superior	4
<input type="checkbox"/> Graduado de escuela superior, GED, o equivalente	5
<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios	6
<input type="checkbox"/> Graduado de universidad	7
<input type="checkbox"/> Pos graduado/profesional	8
<input type="checkbox"/> NS/No está seguro(a)	97
<input type="checkbox"/> Se negó contestar	98

1.10. Actualmente usted es: [ENTREVISTADOR(A): Lea la lista, circule solo una respuesta]

<input type="checkbox"/> Soltero(a) (nunca se ha casado)	1
<input type="checkbox"/> Casado(a)/ley comunal/conviviendo como casados	2
<input type="checkbox"/> Separado(a)	3
<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	4
<input type="checkbox"/> Viudo(a)	5
<input type="checkbox"/> Otro _____	6
<input type="checkbox"/> Se negó a contestar	98

1.11. Además de usted, ¿vive alguien más en su apartamento todo el tiempo?

Sí (1) No (0)

1.12. Ahora le voy a preguntar acerca de su situación de empleo. Esta usted...?

<input type="checkbox"/> Trabajando a tiempo completo	1
<input type="checkbox"/> Trabajando a tiempo parcial	2
<input type="checkbox"/> No está trabajando	3

1.13. ¿Cuál es su ingreso mensual TOTAL de TODAS fuentes, antes de cualquier gasto?
[ENTREVISTADOR: Ayude al residente con la matemática si es necesario.]

\$ _____

1.14. ¿Cuánto se preocupa usted por el dinero?

____ Nada (4) ____ Un poco (3) ____ A veces (2) ____ Mucho (1)

1.15. ¿Cuán frecuente su ingreso actual cubre sus necesidades (comida, medicinas, renta, etc.)?

____ Nada (1) ____ A veces (2) ____ Siempre (3)

SECCION 2. ACTIVIDADES COTIDIANAS DE LA VIDA (INTERVENCION DOMINIO 1)

2.1 Las siguientes preguntas son acerca de las actividades que podría hacer durante un día típico (normal). 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>No necesito ayuda</u> (0)	<u>Lo puedo hacer con ayuda</u> (1)	<u>No puedo hacerlo aún con ayuda</u> (2)
a. Caminar a través de una pequeña habitación?			
b. Baños: baños de esponja, baños de tina, o duchas?			
c. Arreglo personal; como cepillar el cabello o el lavado de cara?			
d. Vestirse; como ponerse una camisa, abotonándose y subiéndose el “zipper” (la cremallera), o poniendo los zapatos?			
e. Comer, como aguantando un tenedor, cortando la comida, a bebiendo de un vaso de cristal?			
f. Pasar de la cama a una silla?			
g. Utilizando el inodoro?			
h. Cepillándose sus dientes o limpiando sus dentaduras?			

SECCION 3. APOYO A NIVEL SOCIAL EN EL EDIFICIO (INTERVENCION DOMINIO 5). (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

3.1 ¿A quién solicita usted información sobre salud en este edificio?

- Otros residentes (1)
- Administración del edificio (incluyendo Administradores y Coordinadores de Servicios al Residente) (2)
- Personas que vienen a este edificio para dar servicios (3)
- A nadie (0)

3.2 ¿Con cuántas personas que viven en este edificio habla usted si necesita información sobre problemas de salud y como manejarlos, sin contar el/la administrador/a u otras personal que trabajan allá?

- Nadie (0)
- 1-2 (1)
- 3-4 (2)
- más de 5 (3)

3.3 ¿Con qué frecuencia usted atiende a cualquier programa o actividad en su edificio?

- Nunca (0)
- a veces (1)
- a menudo (2)
- siempre (3)

SECCION 4. SEGURO MEDICO Y LA SALUD FISICA

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

- Medicaid (1)
- Medicare (2)
- Seguro Privado/Suplementario (AARP, BC/BS) (3)
- Ninguno (0)
- Otro (especifique): _____

4.1a. ¿Usted tiene seguro dental?

- Sí (1)
- No (0)

(Si No, salte a la 4.2)

4.1b. ¿Qué tipo de seguro dental tiene usted? (pregúntale acerca de cada uno, marque todo aquel que corresponda)

- Medicaid (1)
- Seguro Privado (AARP, BC/BS) (2)
- Otro (especifique): _____

4.2 CES-D PANTALLA DE 10 ARTICULOS

[ENTREVISTADOR(A): *Utilice los criterios de puntuación proporcionados. Note que las preguntas D y G están marcadas a la inversa.*]

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	Se negó a contestar
a. ¿Se ha sentido deprimido?	0	1	98
b. ¿Ha sentido qué todo lo que hizo fue un esfuerzo?	0	1	98
c. ¿Fue su sueño inquieto?	0	1	98
d. ¿Estaba feliz?	1	0	98
e. ¿Se ha sentido solitario(a)?	0	1	98
f. ¿Fue la gente hostil?	0	1	98
g. ¿Ha gozado la vida?	1	0	98
h. ¿Se ha sentido triste?	0	1	98
i. ¿Ha sentido Ud. que le cae mal a la gente?	0	1	98
j. ¿Ha sentido que no ha podido motivarse?	0	1	98

SECCION 5. SALUD BUCAL

5.1. Auto-calificación de la salud bucal:

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

Mala (1) Regular (2) Buena (3) Excelente (4)

5.2. USUALMENTE, ¿dónde va para su tratamiento dental regular? (marque uno)

- Clínica en el hospital (1)
- Centro de Salud Comunitario (2)
- Oficina de dentista privado (3)
- Sala de Emergencia (4)
- Escuela Dental (5)
- Otro (especifique): _____
- Ningún lugar (0)

5.3 Si tiene una emergencia dental/bucal, a dónde va usted? (marque uno)

- Clínica del hospital (1)
- Centro de Salud Comunitario (2)
- Oficina de dentista privado (3)
- Sala de emergencia en hospital (4)
- Escuela Dental (5)
- Otro (especifique): _____
- Ningún lugar (0)

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

- en los últimos 6 meses (5) de 6 meses a 1 año atrás (4) hace 1-2 años (3)
- más de dos años (2) Nunca he ido a un dentista (1)

(Si “nunca ha ido a un dentista”, salte a la 5.6)

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

- un chequeo (1)
- un problema que fue tratado (2)
- un chequeo y un tratamiento para un problema (3)
- una emergencia (4)

5.6. ¿Alguna vez algún proveedor de salud, a parte de su dentista, le preguntó sobre su salud bucal, dientes, encías, o le ha mirado por dentro de su boca en una visita de rutina?

- Sí (1) No (0)

5.7. ENTREVISTADOR/A: Le voy leer una lista de razones posibles que impide a las personas de ir al dentista. Por cada razón, por favor, dígame qué tan cierto es esto para usted.

¿Cuál de la siguiente es una razón para usted no ir al dentista...?	Muy Cierto	Algo Cierto	No muy Cierto	No Cierto
a. Usted no ha tenido ningún problema con sus dientes o encías	(4)	(3)	(2)	(1)
b. Usted no tiene seguro dental	(1)	(2)	(3)	(4)
c. Usted no tiene el dinero para ir al dentista	(1)	(2)	(3)	(4)
d. No tengo tiempo de ir al dentista	(1)	(2)	(3)	(4)

e. Usted no tiene transportación o manera de llegar al dentista	(1)	(2)	(3)	(4)
f. Usted no sabe cómo conseguir un dentista	(1)	(2)	(3)	(4)
g. Usted tiene Medicaid y no encuentra un dentista que acepte Medicaid	(1)	(2)	(3)	(4)
h. Usted no pudo conseguir una cita	(1)	(2)	(3)	(4)
i. Usted no sabe el por qué no ha ido	(1)	(2)	(3)	(4)
j. Usted no encuentra un dentista que hable su idioma	(1)	(2)	(3)	(4)
k. Ir al dentista es doloroso	(1)	(2)	(3)	(4)
l. Usted teme ir al dentista porque quizás no limpien los instrumentos correctamente	(1)	(2)	(3)	(4)
m. Usted teme ir al dentista porque le podrían sacar todos sus dientes	(1)	(2)	(3)	(4)
n. A usted no le gusta el fuerte sonido de la broca	(1)	(2)	(3)	(4)
o. Usted piensa que no tomarán en cuenta sus otros problemas de salud o sus medicamentos	(1)	(2)	(3)	(4)
p. Usted teme que le anestesien sin preguntarle	(1)	(2)	(3)	(4)
q. Usted piensa que el dentista no será lo suficientemente cuidadoso	(1)	(2)	(3)	(4)
r. Usted teme que el dentista no escuchará sus preocupaciones	(1)	(2)	(3)	(4)
s. A usted no le gustan las agujas	(1)	(2)	(3)	(4)

5.8. ¿En algún momento le ha dicho un dentista o higienista que usted tiene una enfermedad en las encías (piorrea/periodontitis)?

Sí (1) No (0) No sé (97)

5.9. Si sí, ¿cuánto tiempo hace que le dijeron que usted tenía una enfermedad en las encías (piorrea/periodontitis)?

Menos de 1 año atrás (1) 1 – 2 años atrás (2)
 3 – 5 años atrás (3) Más de 5 años atrás (4)

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

Sí (1) No (0)

5.11. ¿Algún dentista o higienista dental le habló de cepillarse sus dientes y usar hilo dental diariamente?

No, nunca (0) Sí (1) Si sí, ¿fué en los pasados 6 meses? (2)

5.11.a. Si sí: ¿fué a través del programa de BSB? [No para entrevista básica]

Sí (1) No (0)

5.12. ¿Algún dentista o higienista dental le demostró cómo cepillarse sus dientes y usar hilo dental o cómo limpiar sus parciales?

No, nunca (0) Sí (1) Si sí, ¿fué en los pasados 6 meses? (2)

5.12.a Si sí: ¿fué a través del programa BSB? [No para entrevista básica]

Sí (1) No (0)

5.13. ¿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) No sabe/No Seguro(a) (97)

5.14. ¿Tiene algunos parciales o dentaduras?

Sí (1) No (0)

5.14a. Si sí, cuáles: parciales superiores (1) parciales inferiores (3)
 dentaduras superiores (2) dentaduras inferiores (4)

5.15. ¿Tiene algunos implantes dentales?

Sí (1) No (0)

**SECCION 6. COMPORTAMIENTOS DENTALES PREVENTIVOS E HIGIENE BUCAL
(INTERVENCION DOMINIO 6)**

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

6.1. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?

- Nunca (0) Una vez por semana (1) Un par de veces a la semana (2)
 Una vez al día (3) Dos veces al día (4) Más de 2 veces/día (5)

6.2. ¿Usted se limpia entre los dientes con algo más que no sea un cepillo dental?

- Sí (1) No (0)

6.3 ¿ Con qué frecuencia usted usa hilo dental?

- Nunca (0) Una vez por semana (1) Un par de veces a la semana (2)
 Una vez al día (3) Dos veces al día (4) Más de 2 veces/día (5)

Para personas con dentaduras postizas/parciales:

6.4. ¿Con qué frecuencia usted limpia su dentadura postiza/sus parciales?

- Nunca (0) Una vez por semana (1) Un par de veces a la semana (2)
 Una vez al día (3) Dos veces al día (4) Más de 2 veces/día (5)

6.5 . ¿Qué utiliza para limpiar sus dentaduras/sus parciales mayormente o todo el tiempo? (Marque todos los que apliquen)?

- Tabletas (1)
 Cepillo de diente (2)
 Cepillo y pasta dental (3)
 Bicarbonato de soda (4)
 Jabón y agua (5)
 Otro (6)

6.6. En una semana regular (normal), ¿con qué 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) Todas las noches (4)

6.7 CONSUMO DE AZUCAR (INTERVENCION DOMINIO 12)

En un día promedio (normal), con qué frecuencia usted:	Nunca (0)	1 vez al día (1)	2-3 veces al día (2)	4-5 veces al día (3)	Más de 5 veces al día (4)
a. Bebe jugo de fruta					
b. Come bocadillos dulces (como galletas, reposterías, dulces blandos)					
c. Come bocadillos con almidón (como galletas, pan, patatas –papas-fritas)					
d. Chupa caramelos (bombones) duros					
e. Bebe o come cosas dulces, con almidón o jugo de fruta de noche, después de cepillarse los dientes					

6.8 IMPORTANCIA PERCIBIDA (INTERVENCION DOMINIO 4)

¿Qué tan importante piensa usted que son los siguientes comportamientos, aunque aplique o no aplique a Ud?	Muy Importante (4)	Poco Importante (3)	No Muy Importante (2)	No Importante (1)
Para todos los participantes:	(4)	(3)	(2)	(1)
a. Visitar el dentista una vez al año				
b. Cepillarse los dientes una vez al día				
c. Cepillarse los dientes con pasta que contiene fluoruro				
d. Usar hilo dental o limpiar entre los dientes por lo menos una vez al día				
e. Revisar si tiene llagas en la boca				
f. quitarse las dentaduras/parciales antes de dormir				
g. Remojar las dentaduras/parciales por la noche				
h. Limpiar las dentaduras/parciales				
i. limpiar las encías con una gasa o una toalla para la cara				

6.9 BOCA SECA (INTERVENCION DOMINIO 11)

<u>Por favor, conteste sí o no a las siguientes preguntas.</u>	Sí	No
	(1)	(0)
a. ¿Siente la boca seca durante la noche o al despertar?	(1)	(0)
b. ¿Siente la boca seca durante otras partes del día?	(1)	(0)
c. ¿Mantiene un vaso de agua al lado de su cama?	(1)	(0)
d. ¿Bebe a sorbos sus líquidos para ayudarte a tragar alimentos secos?	(1)	(0)
e. ¿Siente la boca seca cuando está comiendo una cena?	(1)	(0)
f. ¿Tiene dificultad al tragar/pasar alguna comida?	(1)	(0)
g. ¿Mastica goma de mascar (chicle) diariamente para aliviar la boca seca?	(1)	(0)
h. ¿Utiliza caramelos (bombones) duros o mentas diariamente para aliviar la boca seca?	(1)	(0)

SECCION 7. ACCESO A INFORMACION SOBRE LA SALUD BUCAL

7.1. ¿Alguna vez le ha aconsejado a alguien en el edificio que vaya a un dentista?

___ Sí (1) ___ No (0)

7.2. ¿Alguna vez le ha aconsejado a alguien en el edificio sobre cepillarse y usar hilo dental?

___ Sí (1) ___ No (0)

SECCION 8. SALUD BUCAL Y LA CALIDAD DE VIDA

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

8.1 En los pasados tres meses...	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
a. ¿Con qué frecuencia limitaba el tipo o la cantidad de lo que comía debido a los problemas con sus dientes, boca, o dentadura postiza?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
b. ¿Con qué frecuencia tuvo problema mordiendo o masticando todo tipo de comida, como la carne	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

firme o las manzanas?					
c. ¿Con qué frecuencia pudo tragar o pasar cómodamente?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
d. ¿Con qué frecuencia sus dientes o dentaduras postizas le impidieron hablar como quería?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
e. ¿Con qué frecuencia pudo comer cualquier cosa sin ninguna molestia?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
f. ¿Con qué frecuencia ha limitado su contacto con personas debido a la condición de sus dientes o dentadura postiza?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
g. ¿Con qué frecuencia se ha sentido feliz o satisfecho/a con la apariencia de sus dientes, encías, o dentadura postiza?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
h. ¿Con qué frecuencia utilizó medicamentos para aliviar dolor o molestia alrededor de su boca?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
i. ¿Con qué frecuencia estabas preocupado/a por los problemas con sus dientes, encías o dentadura postiza?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
j. ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso/a o auto-conciente debido a problemas con sus dientes, encías, o dentadura postiza?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
k. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incómodo/a comiendo delante de personas debido a los problemas con sus dientes o dentadura postiza?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
l. ¿Con qué frecuencia fueron sus dientes sensibles al calor, al frío, o a los dulces?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

SECCION 9. RIESGO PERCIBIDO DE LA ENFERMEDAD BUCODENTAL (INTERVENCION DOMINIO 7)

<i>¿Qué tan probable (posible) es que a usted ...</i>	No Probable (4)	Poco Probable (3)	Probable (2)	Muy Probable (1)
a. ¿le puedan dar caries?				
b. ¿le dé dolor de dientes o muelas?				
c. ¿Tenga problemas con sus encías?				
d. ¿Desarrolle cáncer bucal?				
e. ¿Tenga que ir al hospital debido a problemas relacionados con sus dientes, encías o boca?				

SECCION 10. EFICACIA DE LA SALUD BUCAL/ LOCUS DE CONTROL (INTERVENCION DOMINIO 3)

Ahora le voy a leer una lista. Por favor, dígame si está de acuerdo o no con las siguientes declaraciones, aunque aplique o no aplique a Ud. ¿Cuánto está usted de acuerdo...?	Totalmente de acuerdo (4)	De acuerdo en parte (3)	Desacuerdo en parte (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
10.1. Autoeficacia				
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. Si alguien me mostrara como limpiar mis dientes y boca, sería capaz de practicar mejor cuidado de la salud bucal (observa un mejor cuidado bucal).				
d. Si supiera los hechos acerca de la enfermedad dental, sería capaz de practicar mejor cuidado de la salud bucal (cuida mejor su boca/dientes).				

e. Creo que puedo quitar la mayor parte de la placa para ayudar a prevenir las caries y enfermedad de las encías.				
10.2. Locus de Control	Totalmente de acuerdo (1)	De acuerdo en parte (2)	Desacuerdo en parte (3)	Totalmente en desacuerdo (4)
a. Sólo el dentista puede prevenir las caries y la enfermedad de las encías.				
b. Creo que la pérdida de dientes es una parte normal de la vejez.				
c. Si ambos padres han tenido dientes malos, cepillando y el uso de hilo dental no ayudará.				
d. Creo que durante la noche no se tienen que sacar las dentaduras.				
e. No es posible evitar que enfermedades y medicamentos destruyan los dientes.				
f. Creo que una forma de cepillarse los dientes es tan buena como cualquier otra.				
g. Aunque cuide bien los dientes, aún ellos se van a caer al uno envejecer.				

SECCION 11. CONOCIMIENTO DENTAL (INTERVENCION DOMINIO 2)

11.1 Por favor responda cierto o falso a lo siguiente:	Cierto (1)	Falso (2)	No sé/No seguro/a (97)
a. Alimentos y bebidas azucarados pueden causar caries			
b. Las caries y las enfermedades en las encías son causadas por una infección en la boca			
c. El fluoruro desinfecta el agua y la hace segura para tomarla			
d. Enfermedades en las encías que no son tratadas pueden causar que los dientes se caigan			
e. Fluoruro ayuda a prevenir caries			
f. Se deben sacar las dentaduras antes de uno ir a dormir			
g. Las enfermedades en las encías son causadas por gérmenes en la boca			

DOMINIO 12. ESCALA DE PREOCUPACIONES DE LA AUTOGESTION (INTERVENCION DOMINIO 8)

12.1. ¿Cuán preocupado/a o avergonzado/a está Ud. que.....	Mucho (1)	Algo (2)	No Mucho (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. ¿Al cepillar los dientes podría irritar sus encías?				
e. ¿No se cepilla los dientes lo suficiente?				
f. ¿Cuándo 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 sabe cómo limpiar su lengua?				
j. ¿No sabe cuándo es el mejor tiempo para ir al dentista?				
k. ¿Se podría secar su boca si utiliza enjuague bucal?				
l. ¿Se siente su boca seca todo el tiempo?				
m. ¿Si se saca las dentaduras las puede perder?				
n. ¿Puede que tenga que obtener dentaduras o dientes falsos de un muerto y por eso es que mantiene sus dientes en mal estado?				
o. ¿Podría obtener una infección de boca o diente o cáncer si va al dentista?				
p. ¿No puede limpiar por detrás de sus dientes y a lo mejor cause que se pudran (obtener caries)?				
q. ¿Sus dientes puede impedirle tener amigos o socializar?				
r. ¿Sus dientes malos le impiden comer alimentos que le mantendrá saludable?				
s. ¿Sus dientes se descoloren y no los pueda blanquear?				
t. ¿Sienta dolor cuando intenta cepillarse?				
u. ¿Le duela cuando se pone las dentaduras?				
v. ¿Siente que le duele un diente cuando se cepilla?				
w. ¿Teme cepillarse los dientes porque son sensibles?				

SECCION 13. TEMORES DE LA SALUD BUCAL (INTERVENCION DOMINIO 9)

13.1 ¿Cuánto miedo tiene usted...	Mucho (1)	Algo (2)	No Mucho (3)	Nada (4)
a. De que el sangrado de sus encías puede ser un problema serio.				
b. De perder los dientes				
c. Al cáncer bucal				

d. Que problemas con mis dientes y el problema con mis encías podrían afectar mi salud general				
--	--	--	--	--

DOMINIO 14. 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 O PROFESIONAL DE LA SALUD?

ENTREVISTADOR(A): Si el residente contesta “sí” - pregúntale “B” y “C” antes de saltar al próximo problema de salud

14.1 Problema de Salud	¿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
c. Cardiopatía/Enfermedades cardíacas	Sí No	Sí No	Sí No
d. Presión arterial alta (presión alta)	Sí No	Sí No	Sí No
e. Problemas respiratorios o pulmonares	Sí No	Sí No	Sí No
f. Glaucoma, cataratas, u otros problemas serios con la vista	Sí No	Sí No	Sí No
g. Pérdida de la audición (sordera)	Sí No	Sí No	Sí No
h. Cáncer (cualquier)	Sí No	Sí No	Sí No
i. Problemas debido a un derrame cerebral	Sí No	Sí No	Sí No
j. Problemas serios con la digestión/problemas del estómago	Sí No	Sí No	Sí No
k. Tristeza o depresión a largo plazo	Sí No	Sí No	Sí No
l. ¿Alguna vez has tenido Neumonía?	Sí No	Sí No	Sí No
m. ¿Alguna vez has tenido un reemplazo de alguna articulación? (rodilla, cadera o hombro)	Sí No	Sí No	Sí No
n. Salud Mental	Sí No	Sí No	Sí No
o. Algunos procedimientos para el corazón? Por favor especifique _____	Sí No	Sí No	Sí No

SECCION 15. CONSUMO DE TABACO

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

	Alguna vez		En los últimos 6 meses		Ahora	
	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 16. INTENCION (INTERVENCION DOMINIO 10)

16.1 ¿Cuáles son las posibilidades de que?...	Buena Posibilidad (2)	Alguna Posibilidad (1)	Ninguna Posibilidad (0)
a. Usted se cepille los dientes al menos dos veces al día?			
b. Usted use hilo dental o limpie en medio de sus dientes al menos una vez al día?			
c. Usted se revise su boca para dientes flojos al menos una vez en la semana?			
d. Usted se revise su boca para úlceras (llagas) al menos una vez a la semana?			
e. Usted visite al dentista en el próximo año para un chequeo y un examen para detectar cáncer bucal?			
f. Usted se quite sus parciales/dentaduras cada noche antes de ir a dormir?			
g. Usted coloque sus parciales/dentaduras en un vaso con agua cuando usted no las esté usando?			
h. Usted limpie su boca a diario?			
i. Usted limpie sus parciales/dentaduras con la pasta dental o una tableta y un cepillo diariamente?			
j. Usted examine sus parciales/dentaduras para verificar que se ajustan adecuadamente?			

GRACIAS POR SU TIEMPO

NOTAS DEL/ DE LA ENTREVISTADOR(A):

DOMINIO 17. PREGUNTAS POSTERIORES A LA CAMPAÑA

17.1. En lo últimos 3 meses, ¿cuántas personas de su edificio le han hablado a usted acerca de: Por favor, no cuente los empleados de nuestro proyecto, ni los empleados de su propio dentista.	Ninguna (0)	1-2 (1)	3-4 (2)	Más de 5 (3)
a. Visitar el dentista una vez al año				
b. Cepillar sus dientes al menos una vez al día				
c. Cepillar sus dientes con pasta que contiene fluoruro				
d. Usar hilo dental o limpiar entre los dientes al menos una vez al día				
e. Mirarse si tiene llagas en su boca				
f. Quitarse las dentaduras/parciales antes de dormir				
g. Remojar las dentaduras/parciales por la noche				
h. Limpiar las dentaduras/parciales				
i. Limpiar las encías con una gasa o una toalla para la cara				

SECCION 18.MENSAJE- RECONOCIMIENTO DE LAS CAMPAÑAS- SOLO DESPUES DE CAMPAÑAS

18.1 ¿Has escuchado sobre las Campañas de Salud Bucal en su edificio?

___ Sí (1) ___ No (0)

18.2 ¿Reconoce usted este logo? (el logo BSB) [ENTREVISTADOR (A): MUESTRE EL LOGO BSB]

___ Sí (1) ___ No (0)

SECCION 19. APOYO SOCIAL

19.1 ¿En cuántas campañas de BSB que han tenido lugar en este edificio usted ha participado? [Si 0, salte a la pregunta 19.3]

0 1 2 3

19.2 ¿Alguien le acompañó a cada una de las campañas?

Sí (1) No (0)

19.3 ¿Cómo cuantas personas que usted conoce han asistido a una campaña de BSB en su edificio?

Ninguna (0) 1 – 2 (1) 3 – 4 (2) más de 5 (3)

19.4 ¿Qué ha escuchado usted sobre las campañas de salud bucal?

La mayoría Bueno (1) La mayoría malo (2) Ni bueno o malo (3) Nada (4)

19.5 ¿Cuántas personas cree usted que han cambiado su hábitos de higiene bucal después de asistir a una campaña de salud bucal en su edificio? Queremos saber su opinión, su mejor estimado. Ud. no tiene que saber lo que hacen ahora mismo. Entonces, de nos su mejor estimado de acuerdo a como Ud. lo ve.

La mayoría de las personas en el edificio (3) Como la mitad de las personas (2)
 Menos de la mitad (1) Casi nadie (0)

SECCION 20. PARTICIPACION EN LAS CAMPAÑAS

20.1 ¿Practicó usted con el “ modelo de la boca” en una o más de las campañas?

Sí (1) No (0) No aplica, no asistió a ninguna campaña (96)

20.2 Si usted participó, ¿en cuántas campañas practicó utilizando el “modelo de la boca”?

1 2 3

20.3 En la(s) campaña(s), ¿asistió usted a una o más presentaciones dada(s) por un experto en la salud bucal?

Sí (1) No (0) No aplica, no asistió a ninguna campaña (96)

SECCION 21. MEJORIA PERCIBIDA DE LOS HABITOS EN LA SALUD BUCAL

21.1 ¿Cuanto diría usted que las campañas le han ayudado a mejorar...	Mucho (4)	Algo (3)	No mucho (2)	Nada (1)	No asistió a las campañas (96)
a. Su propia manera de cepillarse los dientes					
b. Su manera de usar hilo dental					
c. Su propia manera de limpiar sus parciales/dentaduras					

SECCION 22. EFECTOS PERCIBIDOS DE MIEDOS EN LA CONFIANZA Y DISMINUCION DE MIEDOS SOBRE HIGIENE BUCAL

22.1. ¿Cuánto las campañas...	Mucho (4)	Algo (3)	No mucho (2)	Nada (1)	No asistió a las campañas (96)
a. Disminuyeron sus miedos o temores sobre el cuidar sus dientes					
b. Mejoraron sus conocimiento sobre el cuidar sus dientes					
c. Le dieron a usted la confianza de que puede mejorar el cepillar sus dientes y usar hilo dental					

SECCION 23. EVALUACION DE LAS FERIAS

23.1 ¿Por qué vino usted a la Campaña de Buena Salud Bucal? [ENTREVISTADOR(A)-MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN]

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quería mejorar mi salud bucal (1) | <input type="checkbox"/> Yo estoy buscando un dentista (6) |
| <input type="checkbox"/> Los premios y regalos (2) | <input type="checkbox"/> Para unirme a las actividades del edificio (7) |
| <input type="checkbox"/> Yo tengo miedo de ir a un dentista (3) | <input type="checkbox"/> Para aprender más acerca de la salud bucal (8) |
| <input type="checkbox"/> Yo estoy preocupado(a) sobre mi salud bucal (4) | <input type="checkbox"/> Por la comida (9) |
| <input type="checkbox"/> No asistió a las campañas (5) | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

23.2 ¿ Hizo usted trabajo voluntario en cualquiera de las Campañas de Salud Bucal?

_____ Sí (1) _____ No (0)

23.3 Por favor, califique las Campañas de Buena Salud Bucal.

___ Excelentes (4) ___ Buenas (3) ___ Regulares (2)
 ___ Malas (1) ___ No asistió las campañas (96)

SECCION 24. MEJORIA PERCIBIDA DE LOS HABITOS EN LA SALUD BUCAL [Interviewer: Remind the participant of the 1-on-1 educational session with [interventionist names] to discuss the results of the dental exam and survey. If no 1-on-1 session, mark 96 for Q24.1 and 25.1.]

24.1 ¿Cuanto diría usted que la sesión educativa de uno a uno con [Interventionist's name] le ha ayudado a mejorar...	Mucho (4)	Algo (3)	No mucho (2)	Nada (1)	No asistió a la sesión educativa de uno a uno (96)
a. Su propia manera de cepillarse los dientes					
b. Su manera de usar hilo dental					
c. Su propia manera de limpiar sus parciales/dentaduras					

SECCION 25. EFECTOS PERCIBIDOS DE MIEDOS EN LA CONFIANZA Y DISMINUCION DE MIEDOS SOBRE HIGIENE BUCAL

25.1. ¿Cuánto la sesión educativa de uno a uno con [Interventionist's name]...	Mucho (4)	Algo (3)	No mucho (2)	Nada (1)	No asistió a la sesión educativa de uno a uno (96)
a. Disminuyeron sus miedos o temores sobre el cuidar sus dientes					
b. Mejoraron sus conocimiento sobre el cuidar sus dientes					
c. Le dieron a usted la confianza de que puede mejorar el cepillar sus dientes y usar hilo dental					