



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Salud bucal y determinantes sociales en escolares con limitación visual de
la Institución Educativa Francisco Luis Hernández Betancur en Medellín
2017-2018

PRIMERA PARTE: ENCUESTA									
Encuesta N°		Fecha	DD	MM	AA	Hora inicio	__:__	Hora fin	__:__
Entrevistador									

I. IDENTIFICACIÓN (relacionado con el escolar)

Nombres y apellidos					N° Documento				
Lugar nacimiento				Fecha nacimiento		DD	MM	AAAA	
Edad		Sexo	H_	M_	Dirección				
Municipio				Barrio				Zona	R_ U_
Teléfono		Régimen EPS		S_	C_	O_	Entidad		
Nombre del responsable					Parentesco				Teléfono

II. ESTADO SOCIOECONÓMICO ACTUAL

1. Nivel educativo alcanzado del responsable								2. Ocupación		
3. Vivienda	Propia_	Alquilada_	Otro_	Cuál:						
4. Tipo de vivienda	Casa_	Apartamento_	Pieza_	Otro_	Cuál:					
5. Servicios públicos	Acueducto_	Alcantarillado_	Energía_	Gas_	Telefonía_	Ninguno_				
6. Estrato	1_	2_	3_	4_	5_	6_	No Sabe/No Responde_			
7. Suministro de agua	Acueducto_	Pila pública_	Carro tanque_	Fuente hídrica_	Otro_	Cuál:				
8. Ingresos mensuales del hogar	<1 SMLV_		1-2 SMLV_		2-3 SMLV_		>3 SMLV_			
9. Fuente de ingresos del hogar										
10. Quién responde económicamente por el escolar	Padre_	Madre_	Pareja_	Otro_	Quién:					
11. Ocupación del responsable económico										
12. N° personas con las que vive			13. Parentesco con ellos							

III. ANTECEDENTES MÉDICOS (relacionado con el escolar)

13. Compromiso sistémico actual	Hemolinfático	_	Inmunológico	_	Metabólico	_
	Endocrino	_	Cardiovascular	_	Infeccioso	_
	Digestivo	_	Respiratorio	_	Ninguno	_
	Urinario	_	Neurológico	_	No sabe/ No responde	_
	Otro	_	Cuál:			
14. ¿Se encuentra en tratamiento médico?	Si _	No _	Especifique:			
15. ¿Está consumiendo algún medicamento?	Si _	No _	Especifique:			
16. Anticoagulado	Si _	No _	No sabe _	17. Tipo sanguíneo	No sabe _	
18. ¿Es alérgico a algo?	Si _	No _	No sabe _	A qué:		
Discapacidad visual						
19. Tipo de discapacidad				Total		Parcial
20. Etiología				Congénita		Adquirida
21. Nombre de la discapacidad						

IV. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS PERSONALES

A. Historia bucal (relacionado con el escolar)								
22. ¿Cuándo fue la última visita al odontólogo?								
23. Motivo de consulta de la última cita								
24. Procedimientos odontológicos previos	Promoción y prevención		_	Rehabilitación		_	Control y seguimiento	_
	Asistencial		_	Estética		_	Ninguno	_
	Especifique:							
25. Traumas dentales previos	Si _	No _	Tipo	Fractura _	Avulsión _	Movilidad _	Sangrado _	Inflamación _
	Causa		Caída _	Golpe _	Meterse objetos _	Abrir objetos _	Otro _	Cuál:

B. Hábitos y costumbres (relacionado con el escolar)								
26. Frecuencia del cepillado		1 _	2 _	3 _	>3 _			
27. Elementos de higiene bucal	Cepillo dental	_	Crema dental	_	Hilo dental	_	Enjuague bucal	_
			Otro _	Cuál:				
28. ¿Cuándo se realiza la higiene bucal?	Al levantarse		_	Después de cada comida principal				_
	Antes de acostarse		_	Otros momentos		_	Cuál:	
29. ¿Cada cuánto cambia el cepillo dental?		A los 3 meses	_	A los 6 meses	_	Al año	_	Otro _
		Cuál:						
30. Motivo por el cual cambia el cepillo dental	Las cerdas perdieron su forma			_	Lastima la encía			_
	Las cerdas son duras			_	Cumplió el tiempo recomendado			_
	Otro _		Cuál:					
31. Frecuencia de uso de la seda dental			Nunca	_	Rara vez	_	1 vez al día	_
			2 o más veces al día		_			
32. Se realiza el cepillado dental			Solo		_	Bajo supervisión		_

33. ¿Quién refuerza la higiene bucal?		Familiar _	No familiar _	Otro _	Quién:	
34. Hábitos	Hace cuanto, frecuencia, duración, factor causal, contenido (según el caso)					
	Tetero o chupo	Si _	No _			
	Onicofagia	Si _	No _			
	Queilofagia	Si _	No _			
	Succión digital	Si _	No _			
	Succión de labio	Si _	No _			
	Morder objetos	Si _	No _			
	Consumo de carbohidratos	Si _	No _			
	Alcohol	Si _	No _			
	Tabaquismo	Si _	No _			
Otros _	Cuál:					
35. Importancia y percepción	35A. ¿Dónde permanece la mayor parte del tiempo?					
	35B. ¿Realiza su higiene bucal en dicho lugar?		Si _	No _		
	35C. ¿En el colegio hay programas, actividades o espacios para la higiene bucal o algo relacionado con el cuidado bucal?			Si _	No _	
	35D. ¿Le dedica tiempo a su higiene?			Si _	No _	
	¿Porqué no?					
	35E. ¿Cree que su estado bucal le ha afectado negativamente en sus relaciones sociales?		Si _	No _	Porque:	
	35F. ¿Cómo afecta su condición en el cuidado de su salud bucal?					
	35G. La responsabilidad de la salud bucal es de	P:	Uno mismo _	El odontólogo _	El sistema _	No sabe / No responde _
		E:	Uno mismo _	El odontólogo _	El sistema _	No sabe / No responde _
	35H. ¿Para usted, qué es una boca sana?	Padre:		Escolar:		
	35I. ¿Para usted, porqué hay problemas/enfermedades bucales?	Padre:		Escolar:		
35J. ¿Qué se debe hacer para el cuidado de la boca?	Padre:		Escolar:			
¿De dónde obtuvo la información?						

	35K. ¿Qué papel juega la higiene en el cuidado de su boca?	Padre:	Escolar:
	35L. ¿Cómo cree que puede afectar la salud bucal a su salud general y viceversa?	Padre:	Escolar:

C. Sistema de salud y servicios de atención (relacionado con el escolar)											
36. Utilización de servicios		Público _	Privado _	Ambos _							
37. ¿Dónde ha acudido cuando ha necesitado atención?	Servicio de la EPS			_	Consultorio particular			_			
	Hospital			_	Urgencias			_			
	Otro _	Cuál:									
38. Motivo del uso de servicios privados	Calidad de la atención			_	No había convenio IPS con EPS			_			
	Tratamiento fuera del POS			_	Cercanía			_			
	Otro _	Cuál:									
39. Barreras de acceso y utilización	¿Ha presentado dificultades al momento de acceder o utilizar un servicio?							Si _	No _		
	Individuales	Bajos recursos económicos			_	Falta de tiempo			_		
		Desconocimiento			_	Susto, ansiedad o pena			_		
		No es prioritario			_	Otro _	Cuál:				
	Servicios	Lugar de atención		_	No hay convenio IPS con EPS				_		
		No había citas		_	Falta de disposición de recursos enfocados a la atención				_		
		Otro _	Cuál:								
	Sistema	Tratamiento no POS			_	Disposición de recursos humanos			_		
		No estaba afiliado			_	Falta de programas especiales			_		
Otro _		Cuál:									
40. ¿Qué calificación le da a los servicios donde ha sido atendido? (1 siendo el valor más bajo y 5 el valor más alto)						P:	1 _	2 _	3 _	4 _	5 _
						E:	1 _	2 _	3 _	4 _	5 _
Porque (rta del responsable):											
Porque (rta del escolar):											
41. ¿Qué calificación le da al SGSSS? (1 siendo el valor más bajo y 5 el valor más alto)						P:	1 _	2 _	3 _	4 _	5 _
						E:	1 _	2 _	3 _	4 _	5 _
Porque (rta del responsable):											
Porque (rta del escolar):											
42. ¿Usted cree que hay suficiente formación de profesionales capacitados para la atención de personas con alguna discapacidad visual?								Si _	No _		
43. ¿Usted cree que hay suficientes recursos, materiales o programas destinados para este tipo de atención?								Si _	No _		
44. ¿Qué aspectos cree usted que se debe mejorar	en la atención del paciente?		Padre:				Escolar:				
	en el SGSSS?		Padre:				Escolar:				

Firma del entrevistador _____

C.C.