

B. Instrumento

No de Registro

Instrucciones para diligenciar la encuesta:

Lea cuidadosamente las preguntas con sus respectivas respuestas, marque con una X la respuesta que usted crea conveniente en el recuadro pequeño.

Nota: ninguna de las respuestas es considerada como correcta o incorrecta.

Información socio demográfica

Información del padre de familia o acudiente

Edad (número de años cumplidos): _____

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Nivel educativo: _____

- A. ☐ Primaria
- B. ☐ Básica media
- C. ☐ Secundaria
- D. ☐ Técnica
- E. ☐ Tecnología
- F. ☐ Profesional

Nivel socioeconómico:

- A. ☐ Estrato 1
- B. ☐ Estrato 2
- C. ☐ Estrato 3
- D. ☐ Estrato 4
- E. ☐ Estrato 5
- F. ☐ Estrato 6

Información del estudiante:

Edad (número de años cumplidos): _____

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Nivel cursado: _____

Encuesta CAPs en salud oral/ valoración riesgo

1) ¿Cuál es la razón más importante para cuidar los dientes?

- A. ☐ Tener una sonrisa bonita
- B. ☐ Tener una buena salud dental y general
- C. ☐ Poder comer y hablar bien
- D. ☐ Otra ¿Cuál?
- E. ☐ No sabe

2) ¿Quién le ha informado como cuidar los dientes del niño/niña?

- A. ☐ Medico/enfermera
- B. ☐ Odontólogo
- C. ☐ Jardinera/madre comunitaria
- D. ☐ Encargado de la droguería
- E. ☐ Televisión, radio, folleto, etc.
- F. ☐ Nadie

3) ¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño/niña?

- A. ☐ Desde que el niño/a nace
- B. ☐ Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)
- C. ☐ Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)
- D. ☐ Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)
- E. ☐ A cualquier edad es igual
- F. ☐ No sabe

4) ¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental con flúor?

- A. ☐ Desde que el niño/a nace
- B. ☐ Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)
- C. ☐ Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)
- D. ☐ Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)
- E. ☐ A cualquier edad es igual
- F. ☐ No sabe

5) En su opinión, ¿para qué le sirve la crema dental con flúor a los dientes?

- A. ☐ Para prevenir y tratar la caries dental
- B. ☐ Para blanquear los dientes
- C. ☐ Para dejar un aliento fresco
- D. ☐ Otra. ¿cuál?
- E. ☐ No sabe

6) ¿Cómo se ve la caries dental?

- A. ☐ Como un hueco en el diente
- B. ☐ Como una mancha negra en el diente
- C. ☐ Como una mancha blanca en el diente
- D. ☐ No sabe

7) En su opinión. ¿es posible controlar y prevenir la caries dental? (SI: pase a la preg. 8; NO: pase a la preg. 9)

Sí ☐ No ☐

8) ¿Cuál es la mejor manera de controlar y prevenir la caries dental? (puede contestar más de una opción)

☐

- A. ☐ Con buena limpieza de los dientes y asistiendo al odontólogo
- B. ☐ Dejando de comer dulces y comiendo más saludable
- C. ☐ Usando más crema dental y enjuagues con flúor
- D. ☐ No se

9) ¿Quién es responsable de que su niño/a tenga los dientes limpios? **(Responda cada una de las opciones que se presentan a continuación)**

Los padres de familia:	Sí	☐	No	☐
Los profesores:	Si	☐	No	☐
El odontólogo:	Si	☐	No	☐

☐☐☐

10) ¿Quién es el responsable o los responsables de que el niño/a muestre señales de caries? **(Responda cada una de las opciones que se presentan a continuación)**

Los padres de familia:	Sí	☐	No	☐
Los profesores:	Si	☐	No	☐
El odontólogo:	Si	☐	No	☐

☐☐☐☐

11) ¿Los dientes de su niño/ niña deben ser cepillados aun si Ud. Se siente cansado? (lea los distractores)

- A. ☐ Totalmente de acuerdo
- B. ☐ De acuerdo
- C. ☐ Neutral
- D. ☐ En desacuerdo
- E. ☐ Totalmente en desacuerdo

☐

12) En los últimos dos meses ¿qué tan preocupado ha estado por el aspecto de los dientes de su hijo o hija? (lea los distractores)

☐

- A. ☐ Muy preocupado
- B. ☐ Bastante preocupado
- C. ☐ Algo preocupado
- D. ☐ Un poco preocupado

13) ¿En los últimos dos meses. ¿la apariencia de su hijo o hija le han impedido a sonreír? (lea los distractores)

☐

- A. ☐ Totalmente de acuerdo
- B. ☐ De acuerdo
- C. ☐ Neutral
- D. ☐ En desacuerdo
- E. ☐ Totalmente en desacuerdo

14) ¿El dolor de los dientes de su niño/a le ha impedido asistir al colegio? (lea los distractores) ☐

- A. ☐ Totalmente de acuerdo
- B. ☐ De acuerdo
- C. ☐ Neutral
- D. ☐ En desacuerdo
- E. ☐ Totalmente en desacuerdo

Visitas al odontólogo del niños/ la niña

15) ¿A qué edad asistió el niño/la niña a consulta odontológica por primera vez? ☐

- A. ☐ Nunca
- B. ☐ De 0 a 11 meses
- C. ☐ De 1 año – 1 año 11 meses
- D. ☐ De 2 años- 2 años 11 meses
- E. ☐ De 3 años o mayor

16) ¿Ha tenido que llevar al niño/la niña o ha asistido a consulta por dolor en el último año?

Sí ☐ No ☐

17) ¿Cuándo fue la última vez que el niño/la niña le hicieron una calza o le sacaron un diente? ☐

- A. ☐ Nunca
- B. ☐ Menos de un año
- C. ☐ Entre 1 y tres años
- D. ☐ Más de 3 años

Higiene oral

18) ¿Cuándo le empezaron a realizar limpieza de la boca al niño/a? ☐

- A. ☐ Menor a 1año
- B. ☐ 1 a menos de 2 años
- C. ☐ 2 a menos de 3 años
- D. ☐ Mayor o igual a 3 años

19) ¿Quién le realiza la higiene de la boca del niño o niña? ☐

- A. ☐ Combinado (el niño/la niña con adulto)
- B. ☐ La mamá
- C. ☐ El papá
- D. ☐ Otro adulto (abuela, etc.)
- E. ☐ El niño o la niña solo/a

¿Cuándo cepilla los dientes?

20) ¿Todas las noches el niño/a se acuesta con los dientes cepillados?

☐

- A. ☐ Siempre
- B. ☐ Casi siempre
- C. ☐ No sabe
- D. ☐ Casi nunca
- E. ☐ Nunca

21) ¿Todas las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados?

☐

- A. ☐ Siempre
- B. ☐ Casi siempre
- C. ☐ No sabe
- D. ☐ Casi nunca
- E. ☐ Nunca

22) ¿El cepillo dental que usa el niño/la niña es de uso exclusivo del niño/la niña?

☐

Sí ☐ No ☐

Acerca de la crema dental

23) ¿Utiliza crema dental con flúor para cepillar los dientes del niño o niña? (si contesta nunca pase a la pregunta 27)

☐

- A. ☐ Siempre
- B. ☐ Casi siempre
- C. ☐ No sabe
- D. ☐ Casi nunca
- E. ☐ Nunca

24) ¿Qué marca de crema dental utiliza el niño/la niña?

☐

25) ¿Qué cantidad de crema dental le coloca sobre el cepillo al niño o niña?

☐

A. ☐ 

B. ☐ 

C. ☐ 

26) ¿Cuántas veces al día son cepillados los dientes del niño con crema dental con flúor?

☐

- A. ☐ Mayor a 2
- B. ☐ 2
- C. ☐ 1
- D. ☐ 0

Alimentación

27) ¿Hasta qué edad el niño/la niña recibió lactancia materna o biberón?

A. ☐ Menor o igual a 2 años

B. ☐ Mayor a 2 años

C. ☐ No sabe

28) ¿Cuántas veces al día el niño/la niña tiene comidas/onces?

A. ☐ Hasta 3 al día

B. ☐ 4-5 al día

C. ☐ 6-7 al día

D. ☐ Menos de 7 al día

29) ¿Cuántas bebidas/comidas endulzadas con azúcar, panela o miel consume el niño/ la niña al día?

A. ☐ 0

B. ☐ 1

C. ☐ 2

D. ☐ Mayor a 2