

Apéndice B. Instrumento de recolección de la información**Proyecto de investigación**

Asociación entre la condición protésica y la salud mental de los adultos mayores que asisten a los “Centros Vida” de Bucaramanga durante el primer semestre del año 2025.

Instrumento de recolección

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

Nombre y apellidos del participante:

____ Cédula ____

Gracias por dedicar su tiempo a completar el siguiente cuestionario. Su colaboración es fundamental para el desarrollo de nuestra investigación. Queremos asegurarle que todas sus respuestas serán confidenciales y únicamente serán accesibles para los miembros del equipo investigador.

Le pedimos que responda cada pregunta marcando el cuadro * correspondiente a la opción que considere adecuada, o escribiendo la respuesta según se le indique. En las preguntas de selección múltiple, por favor seleccione únicamente UNA opción.

1. (sexo) ¿Cuál es su sexo?Femenino ☐ 0 Masculino ☐ 1**2. (edad) ¿Cuántos años cumplidos tiene? _____****3. (estrato socioeconómico) ¿Estrato socioeconómico en el que reside, actualmente?**Uno ☐ 1 Dos ☐ 2 Tres ☐ 3 Cuatro ☐ 4 Cinco ☐ 5 Seis ☐ 6**4. (civi) ¿Cuál es su estado civil?**Soltero ☐ 0 Casado ☐ 1 Separado ☐ 2 Divorciado ☐ 3 Unión libre ☐ 4 Viudo ☐ 5

5. (nume) ¿Cuántas personas habitan en su hogar incluyéndose? _____

6. (fuma) ¿Usted fuma?

No ☐ 0 Sí ☐ 1

7. (alco) ¿Usted consume alcohol?

No ☐ 0 Sí ☐ 1

8. (lava) ¿Con que frecuencia lava su prótesis?

Nunca ☐ 0 Diario ☐ 1 Semanal ☐ 2 Mensual ☐ 3 No aplica ☐ 4

9. (instru) ¿Qué instrumentos utiliza para lavar su prótesis?

Cepillo ☐ 0 Líquidos ☐ 1 Pastillas limpiadoras ☐ 2 Otros ☐ 3 No aplica ☐ 4

10. (meto) ¿Qué método se utilizó para realizar el cuestionario?

Autoaplicado ☐ 0 Entrevistado ☐ 1

11. (usa) ¿Cuántos años lleva usando la prótesis? _____

II. ESTADO DE SALUD

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

___ 0. Muy bien

___ 0. Normal

___ 1. Algo difícil

___ 1. Muy difícil

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

___ 0. No, nunca

___ 0. Un poco

___ 1. Bastante

___ 1. Mucho

3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

___ 0. Más que antes

___ 0. Igual que antes

___ 1. Menos que antes

___ 1. Mucho menos que antes

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

___ 0. Más capaz que antes

___ 0. Igual que antes

___ 1. Menos capaz que antes

___ 1. Mucho menos capaz que antes

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado/a y en tensión?

___ 0. No, en absoluto

___ 0. Un poco

___ 1. Bastante

___ 1. Mucho

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

___ 0. No, en absoluto

___ 0. Un poco

___ 1. Bastante

___ 1. Mucho

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

___ 0. Más que antes

___ 0. Igual que antes

___ 1. Menos que antes

___ 1. Mucho menos que antes

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

___ 0. Más que antes

___ 0. Igual que antes

___ 1. Menos que antes

___ 1. Mucho menos que antes

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

___ 0. No, en absoluto

___ 0. Un poco

___ 1. Bastante

___ 1. Mucho

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

___ 0. No, en absoluto

___ 0. Un poco

___ 1. Bastante

___ 1. Mucho

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

___ 0. No, en absoluto

___ 0. Un poco

___ 1. Bastante

___ 1. Mucho

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

___ 0. Más feliz que antes

___ 0. Igual que antes

___ 1. Menos feliz que antes

___ 1. Mucho menos feliz que antes

*Le agradecemos sinceramente por su tiempo y colaboración al completar este cuestionario.
Su participación es muy valiosa para el desarrollo de nuestra investigación.*

III. EVALUACIÓN CLÍNICA - Espacio reservado al investigador

1. (presup) ¿Tiene prótesis superior?

No tiene pero necesita ☐ 0 Sí tiene ☐ 1 No tiene y no necesita ☐ 2

2. (tiposup) ¿Qué tipo de prótesis tiene en el maxilar superior?

Total ☐ 0 Total sobre implantes ☐ 1 Parcial acrílica ☐ 2 Parcial removible metal - acrílica ☐ 3 Parcial flexible ☐ 4 No aplica ☐ 5

3. (necesup) Necesidad de cambio de prótesis en el maxilar superior

No ☐ 0 Sí ☐ 1 No aplica ☐ 2

4. (reqsup) ¿Requiere prótesis en el maxilar superior?

No ☐ 0 Sí ☐ 1

5. (kensup) Clasificación de Kennedy superior

Edéntulo total ☐ 0 Clase I ☐ 1 Clase II ☐ 2 Clase III ☐ 3 Clase IV ☐ 4 Dentado ☐ 5

6. (preinf) ¿Tiene prótesis inferior?

No tiene pero necesita ☐ 0 Sí tiene ☐ 1 No necesita ☐ 2

7. (tipoinf) ¿Qué tipo de prótesis tiene en el maxilar inferior?

Total ☐ 0 Total sobre implantes ☐ 1 Parcial acrílica ☐ 2 Parcial removible ☐ 3 Parcial flexible ☐ 4 No aplica ☐ 5

8. (neceinf) Necesidad de cambio de prótesis en el maxilar inferior

No ☐ 0 Sí ☐ 1 No aplica ☐ 2

9. (reqinf) ¿Requiere prótesis en el maxilar inferior?

No ☐ 0 Sí ☐ 1

10. (keninf) Clasificación de Kennedy inferior

Edéntulo total ☐ 0 Clase I ☐ 1 Clase II ☐ 2 Clase III ☐ 3 Clase IV ☐ 4 Dentado ☐ 5

11. (numsup) Número de dientes superiores: _____

12. (numinf) Número de dientes inferiores: _____

13. (numtot) Número total de dientes: _____

Instrumento en formato digital

<https://forms.office.com/r/t7nnx7UV6Q?origin=lprLink>