

## Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-30)

Nombre: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Instrucciones:** Escoja la mejor contestación para como usted se ha sentido en la pasada semana.

Pregunta a realizar	Respuesta
1) ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI / NO
2) ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI / NO
3) ¿Siente que su vida está vacía?	SI / NO
4) ¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI / NO
5) ¿Tiene esperanza en el futuro?	SI / NO
6) ¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI / NO
7) ¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI / NO
8) ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI / NO
9) ¿Se siente feliz muchas veces?	SI / NO
10) ¿Se siente a menudo abandonado?	SI / NO
11) ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI / NO
12) ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI / NO
13) ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI / NO
14) ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI / NO
15) ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI / NO
16) ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI / NO
17) ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI / NO
18) ¿Está muy preocupado por el pasado?	SI / NO
19) ¿Encuentra la vida muy estimulante?	SI / NO
20) ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI / NO
21) ¿Se siente lleno de energía?	SI / NO
22) ¿Siente que su situación es desesperada?	SI / NO
23) ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI / NO
24) ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI / NO
25) ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI / NO
26) ¿Tiene problemas para concentrarse?	SI / NO
27) ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	SI / NO
28) ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI / NO
29) ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI / NO
30) ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	SI / NO

Puntuación Total: \_\_\_\_\_

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## GAD-7

Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas? Ninguna Por varios días Durante más de la mitad de los días Casi todos los días

(Use "□" para indicar su respuesta)

1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
4. Problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o irritarse fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera ocurrir	0	1	2	3

(For office coding: Total Score \_\_\_\_ = \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ )

### Rango Severidad:

- \_\_ 0-4: Mínimo
- \_\_ 5-9: Leve
- \_\_ 10-14: Moderado
- \_\_ 15-21: Severo

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Desarrollado por los Doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colegas con una otorgación educativa de Pfizer, Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, desplegar o distribuir.

**CIDI Escala Cernimiento Trastorno Bipolar**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<p><i>Pregunta Inicial Euforia:</i></p> <p>1. Algunas personas experimentan periodos que duran varios días en donde se sienten mucho más excitados o llenos de energía de lo que es usual. Sus mentes pueden ir bien rápido. Pueden hablar mucho y acelerado. Se pueden sentir desesperados o inquietos sin poder quedarse quietos o pueden hacer cosas que suelen ser inusuales para ellos como conducir a exceso de velocidad o gastar mucho dinero. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo como este que dure por varios días o más?</p> <p><i>Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, continúe a la Pregunta Inicial Irritabilidad.</i></p>		
<p><i>Pregunta Inicial Irritabilidad:</i></p> <p>2. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo que dure varios días o más en donde la mayoría del tiempo se sintió tan irritable o enojado/a que usted comenzó discusiones, le gritó o golpeó a otras personas?</p> <p><i>Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, no tiene que contestar las siguientes preguntas.</i></p>		
<p><i>Pregunta Cernimiento Criterio B:</i></p> <p>3. Las personas que han tenido episodios como estos con frecuencia demuestran cambios en su pensamiento y su comportamiento al mismo tiempo, como, por ejemplo, ser más hablador/a que lo usual, necesitan muy poco sueño, son bien inquietos, ir a gastar dinero desmedidamente, y comportarse de múltiples formas que normalmente uno entendería es inapropiado. Alguna vez usted ha tenido alguno de estos cambios mencionados durante sus episodios de sentirse bien excitado/a o lleno/a de energía o de sentirse bien irritable o enojado/a? <i>Si contesta Sí, continúe contestando el resto de las preguntas de la forma. Si contesta No, no tiene que contestar las siguientes preguntas.</i></p>		
<p><i>Preguntas Síntomas Criterio B:</i></p> <p>Piense en un episodio en el que tuvo la mayor cantidad de cambios como estos mencionados al mismo tiempo. Durante ese episodio, ¿cuál de los siguientes cambios experimentó?</p>		
<p>1. ¿Se sintió usted tan irritable que comenzó discusiones, le gritó o golpeó a otras personas?</p> <p><i>Esta primera pregunta de síntomas se debe hacer solo cuando la pregunta inicial de euforia fue contestada con un Sí.</i></p>		
2. ¿Se tornó tan inquieto o intranquilo que tenía que moverse todo el tiempo sin poder parar?		
3. ¿Hizo alguna otra cosa que es inusual para usted – como hablar de cosas que normalmente mantendría en privado, o actuar de una manera que usted considera vergonzosa?		
4. ¿Intentó hacer cosas que eran imposibles de hacer, como el aceptar grandes cantidades de trabajo?		
5. ¿Estuvo constantemente cambiando sus planes o actividades a realizar?		
6. ¿Encontró difícil el poder mantener su mente concentrada en lo que estaba haciendo?		
7. ¿Le ocurrió que sus pensamientos saltaran de uno a otro, corriendo por su cabeza tan rápido que no podía mantener conciencia de ellos?		
8. ¿Durmió mucho menos de lo usual para usted sin que se sintiera cansado o con sueño?		
9. ¿Gastó mucho más dinero de lo usual que esto le causó problemas financieros?		

Total: \_\_\_\_\_

**COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS)**

*Versión Auto Reporte - Reciente*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_

Conteste las Preguntas 1 y 2. // <b>En el pasado mes...</b>	<b>En el pasado mes</b>	
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>1) <u>¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?</u></b>		
<b>2) <u>¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?</u></b>		
<b>Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.</b>		
<b>3) <u>¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?</u></b>		
<b>4) <u>¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?</u></b>		
<b>5) <u>¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?</u></b>		
	<b>En los pasados 3 meses</b>	
<b>6) <u>¿Ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se has preparado para hacer algo para terminar su vida?</u></b>		
Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.		
<b><i>En su vida entera, ha realizado alguna de estas cosas?</i></b>		

Total: \_\_\_\_\_

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **Cuestionario AUDIT**

*Circula el número en paréntesis que más represente tu contestación a las siguientes preguntas..*

1) ¿Con qué frecuencia ingiere usted alguna bebida alcohólica? *(Si contesta nunca, salte a las preguntas 9 y 10)*

(0) Nunca (1) 1 vez al mes (2) 2-4 veces al mes (3) 2-3 veces por semana (4) 4 o más veces por semana

2) ¿Cuántos tragos bebe usted en un día típico en que consume bebidas alcohólicas?

(0) 1-2 (1) 3-4 (2) 5-6 (3) 7-8 (4) 10 o más

3) ¿Con qué frecuencia toma usted más de 6 tragos en una sesión?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

4) Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha bebido seguido, sin poder detenerse, una vez que ha empezado a tomar?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

5) ¿Con qué frecuencia en el último año ha dejado de hacer lo que se espera de usted debido a la bebida?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

6) ¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado tomar un trago por las mañanas para poder funcionar después de una severa sesión previa de beber?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

7) ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o con remordimiento después de beber?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

8) ¿Con qué frecuencia durante el último año No ha sido usted capaz de recordar lo que ocurrió la noche anterior a causa de la bebida?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

9) ¿Ha lastimado o herido a alguien por causa de su consume de alcohol?

(0) No (2) Sí, pero no en el último año (3) Sí, durante el último año

10) ¿Ha estado preocupado algún amigo, médico o cualquier otro trabajador de la salud por su consume de alcohol o le ha aconsejado reducirlo?

(0) No (2) Sí, pero no en el último año (3) Sí, durante el último año

Puntuación Total: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Cuestionario de Cernimiento de Abuso de Drogas o Sustancias – DAST-10

**Instrucciones:** Estas preguntas están referidas a los últimos doce meses. Marque con una X la contestación que más correcta sea para usted.

Preguntas	Sí	No
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?		
2. ¿Usted abusa más de una droga a la vez?		
3. ¿Es usted capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?		
4. ¿Ha tenido “pérdidas de conocimiento o memoria repentina” como resultado del uso de drogas?		
5. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable debido a su uso de drogas?		
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?		
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?		
8. ¿Alguna vez se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?		
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejo de usar drogas?		
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?		

-----  
Puntuación Total: \_\_\_\_\_

0 = No problemas reportados

1-2 = Nivel leve

3-5 = Nivel Moderado

6-8 = Nivel Severo

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

## Índice de Severidad de Insomnio (ISI)

El Índice de Severidad del Insomnio tiene siete preguntas. Las siete respuestas se suman para obtener una puntuación total. Cuando tenga su puntaje total, mire las 'Pautas para la puntuación/interpretación' a continuación para ver dónde encaja su dificultad para dormir.

Para cada pregunta, por favor ENCIERRE en un CÍRCULO el número que mejor describa su respuesta.

Por favor, califique la GRAVEDAD ACTUAL (es decir, ÚLTIMAS 2 SEMANAS) de su(s) problema(s) de insomnio.

Problema de Insomnio	Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
1. Dificultad para dormirse	0	1	2	3	4
2. Dificultad para mantenerse dormido	0	1	2	3	4
3. Problema de levantarse muy temprano	0	1	2	3	4

4. ¿Qué tan satisfecho / insatisfecho está con su patrón de sueño ACTUAL?

Muy Satisfecho    Satisfecho    Moderadamente    Insatisfecho    Muy Insatisfecho  
0                    1                    Satisfecho 2                    3                    4

5. ¿Qué tan NOTABLE para los demás crees que es tu problema de sueño en términos de afectar la calidad de tu vida?

No es notable    Un poco    Considerablemente    Mucho    Extremadamente Notable  
0                    1                    2                    3                    4

6. ¿Qué tan PREOCUPADO / ANGUSTIADO está acerca de su problema de sueño actual?

Nada Preocupado    Un Poco    Considerablemente    Mucho    Extremadamente Preocupado  
0                    1                    2                    3                    4

7. ¿Hasta qué punto considera que su problema de sueño INTERFIERE con su funcionamiento diario (por ejemplo, fatiga diurna, estado de ánimo, capacidad para funcionar en el trabajo / tareas diarias, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.)? ¿ACTUALMENTE?

No Interfiere    Un Poco    Considerablemente    Mucho    Interfiere Extremadamente  
0                    1                    2                    3                    4

### Pautas para la puntuación/interpretación:

Suma las puntuaciones de los siete ítems (preguntas 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7) = \_\_\_\_\_ tu puntuación total.

Total de categorías de puntuación:

0–7 = Sin insomnio clínicamente significativo

8–14 = Insomnio suelto (Gravedad Leve)

15–21 = Insomnio clínico (Gravedad Moderada)

22–28 = Insomnio clínico (Gravedad Severa)

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: \_\_\_\_\_

**VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-**

<b>1. Baño</b>	<b>Independiente.</b> Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía ).	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
<b>2. Vestido</b>	<b>Independiente.</b> Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	<b>Dependiente.</b> No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
<b>3. Uso del WC</b>	<b>Independiente:</b> Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.	
	<b>Dependiente.</b> Precisa ayuda para ir al W.C.	
<b>4. Movilidad</b>	<b>Independiente.</b> Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
<b>5. Continencia</b>	<b>Independiente.</b> Control completo de micción y defecación.	
	<b>Dependiente.</b> Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
<b>6. Alimentación</b>	<b>Independiente.</b> Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

**Bibliografía**

- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, y cols. Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963, 185: 914-919.
- Katz S, Down TD, Cash HR y cols. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, 1.970; 10(1): 20-30.
- Alvarez M, Alaiz AT, Brun E y cols. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Prim 1992, 10: 812-815.

## Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Mide capacidad y tienen un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94)

Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria	
<b>A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>	<b>Puntos</b>
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
<b>B. IR DE COMPRAS</b>	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
<b>C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
<b>D. CUIDAR LA CASA</b>	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
<b>E. LAVADO DE ROPA</b>	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
<b>F. MEDIO DE TRANSPORTE</b>	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
<b>G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN</b>	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
<b>H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO</b>	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc	1
3. Incapaz de manejar el dinero	0

Máxima dependencia: 0 puntos  
 Independencia total: 8 puntos

Puntuación Total: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

*Instrucciones:* A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique cuán de acuerdo está con cada afirmación colocando el número correspondiente al elemento escogido. Por favor, sea abierto y honesto al responder.

7 – Totalmente de Acuerdo

6 – De acuerdo

5 – Ligeramente de Acuerdo

4 – Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo

3 – Ligeramente en Desacuerdo

2 – En Desacuerdo

1 – Totalmente en Desacuerdo

\_\_\_ En la mayoría de las formas, mi vida se acerca a mí ideal.

\_\_\_ Las condiciones de mi vida son excelentes.

\_\_\_ Estoy satisfecho/a con mi vida.

\_\_\_ Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.

\_\_\_ Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.

Puntuación Total: \_\_\_\_\_

#### **Rango Severidad:**

- |            |                             |       |
|------------|-----------------------------|-------|
| ▪ 31 – 35: | Extremadamente Satisfecho   | _____ |
| ▪ 26 – 30: | Satisfecho                  | _____ |
| ▪ 21 – 25: | Levemente Satisfecho        | _____ |
| ▪ 20:      | Neutral                     | _____ |
| ▪ 15 – 19: | Levemente Insatisfecho      | _____ |
| ▪ 10 – 14: | Insatisfecho                | _____ |
| ▪ 5 - 9:   | Extremadamente Insatisfecho | _____ |

Reproducido con permiso de Ed Diener, Ph.D. Copyright © Ed Diener. Situado en el dominio público por Ed Diener.  
Traducido y diseñado en Español por José A. Reyes-Torres, PsyD.

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

**Instrucciones:** Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con una **X** la alternativa elegida.

	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2. Creo que tengo algunas cualidades buenas.				
3. Generalmente me incline a pensar que soy un fracaso.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo.				
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo.				
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.				
10. A veces pienso que no sirvo para nada.				

Puntuación Total: \_\_\_\_\_

### Puntuaciones:

Para otorgar las puntuaciones, asigne un valor a cada una de las 10 aseveraciones de la siguiente manera:

- **Para los ítems 1, 2, 4, 6, 7:** Muy de acuerdo=3, De acuerdo=2, En desacuerdo=1, and Muy en desacuerdo=0.
- **Para los ítems 3, 5, 8, 9, 10:** Muy de acuerdo=0, De acuerdo=1, En desacuerdo=2, and Muy en desacuerdo=3.

La escala va en un rango de 0-30, con 30 indicando la puntuación más alta posible. Puntuaciones más altas indican una autoestima mayor. **Puntuaciones por debajo de 15 indican baja autoestima.**