Nombre:_____ MR:_____ Fecha:____/____/_____

CUESTIONARIO ROLAND-MORRIS DE DISCAPACIDAD POR DOLOR DE ESPALDA

Cuando le duele la espalda, puede que usted tenga dificultad para hacer algunas de las actividades que suele realizar.

Esta lista contiene algunas frases que se utilizan para describir cómo nos sentimos cuando tenemos dolor de espalda. Cuando las lea se dará cuenta de que algunas llaman su atención porque describen cómo se siente *en el día de hoy*. A medida que lea la lista, piense en su estado *en el día de hoy*. Cuando lea una alternativa que describa cómo se siente *en el día de hoy*, marque con una X el recuadro correspondiente. Si la frase no describe su situación, deje el casillero en blanco y pase a la siguiente. **Recuerde, marque la frase sólo si está seguro/a que describe su situación *en el día de hoy*.**

1. ☐ Me quedo la mayor parte del día en casa, debido a mi dolor de espalda.
2. ☐ Cambio de posición con frecuencia para tratar de estar cómodo/a con mi espalda.
3. ☐ Camino más despacio que de costumbre debido a mi dolor de espalda.
4. ☐ Debido a mi dolor de espalda, no estoy haciendo ninguna de las tareas que suelo hacer en la casa.
5. ☐ Debido a mi dolor de espalda, uso las barandas para subir escaleras.
6. ☐ Debido a mi dolor de espalda, me recuesto a descansar con más frecuencia que de costumbre.
7. ☐ Debido a mi dolor de espalda, tengo que sostenerme de algo para levantarme de un sillón.
8. ☐ Debido a mi dolor de espalda, trato que otras personas hagan cosas por mí.
9. ☐ Me visto más despacio que de costumbre debido a mi dolor de espalda.
10. ☐ Debido a mi dolor de espalda, estoy de pie sólo por períodos cortos de tiempo.
11. ☐ Debido a mi dolor de espalda, trato de no agacharme o arrodillarme.
12. ☐ Me da trabajo levantarme de una silla debido a mi dolor de espalda.
13. ☐ Me duele la espalda la mayor parte del tiempo.
14. ☐ Me da trabajo darme vuelta en la cama debido a mi dolor de espalda.
15. ☐ He perdido el apetito debido a mi dolor de espalda.
16. ☐ Tengo dificultad para ponerme las medias (o pantimedias) debido a mi dolor de espalda.
17. ☐ Sólo camino distancias cortas debido a mi dolor de espalda.
18. ☐ Duermo menos que de costumbre debido a mi dolor de espalda.
19. ☐ Debido a mi dolor de espalda, necesito ayuda para vestirme.
20. ☐ Estoy sentado/a la mayor parte del día debido a mi dolor de espalda.
21. ☐ Debido a mi dolor de espalda, evito las tareas pesadas en la casa.
22. ☐ Debido a mi dolor de espalda, estoy más irritable y de mal humor de lo acostumbrado con la otra gente.
23. ☐ Debido a mi dolor de espalda, subo las escaleras más despacio que de costumbre.
24. ☐ Me quedo en cama la mayor parte del día debido a mi dolor de espalda.

Puntuación Total: _____

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD Firma Psiquiatra:_____

Nombre del Paciente _____ MR: _____ Fecha ____/_____/_____

Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry

Instrucciones: Estas preguntas han sido diseñadas para que su médico conozca hasta qué punto su dolor de espalda le afecta en su vida diaria. Responda a todas las preguntas, señalando en cada una sólo aquella respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque usted piense que más de una respuesta se puede aplicar a su caso, marque sólo aquella que describa MEJOR su problema.

Sección 1 – Intensidad de dolor

⓪ Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
① El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
② Los calmantes me alivian completamente el dolor
③ Los calmantes me alivian un poco el dolor
④ Los calmantes apenas me alivian el dolor
⑤ Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo

Sección 2 – Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

⓪ Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
① Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor
② Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
③ Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
④ Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
⑤ No puedo vestirme, me cuesta lavarme, y suelo quedarme en la cama

Sección 3 – Levantar peso

⓪ Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
① Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor
② El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
③ El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
④ Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
⑤ No puedo levantar ni elevar ningún objeto

Sección 4 – Andar

⓪ El dolor no me impide andar
① El dolor me impide andar más de una milla
② El dolor me impide andar más de media milla
③ El dolor me impide andar más de cien metros
④ Sólo puedo andar con bastón o muletas
⑤ Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

Sección 5 – Estar sentado

⓪ Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
① Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
② El dolor me impide estar sentado más de una hora
③ El dolor me impide estar sentado más de media hora
④ El dolor me impide estar sentado más de diez minutos
⑤ El dolor me impide estar sentado

Sección 6 – Estar de pie

⓪ Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
① Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
② El dolor me impide estar de pie más de una hora
③ El dolor me impide estar de pie más de media hora
④ El dolor me impide estar de pie más de diez minutos
⑤ El dolor me impide estar de pie

Sección 7 – Dormir

⓪ El dolor no me impide dormir bien
① Sólo puedo dormir si tomo pastillas
② Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas
③ Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas
④ Incluso tomando pastillas duermo menos de dos hora
⑤ El dolor me impide totalmente dormir

Sección 8 – Actividad sexual (opcional)

⓪ Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
① Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor
② Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor
③ Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
④ Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
⑤ El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

Sección 9 – Vida social

⓪ Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
① Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor
② El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas, como bailar, etc.
③ El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
④ El dolor ha limitado mi vida social al hogar
⑤ No tengo vida social a causa del dolor

Sección 10 – Viajar

⓪ Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
① Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
② El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de dos horas
③ El dolor me limita a viajes de menos de una hora
④ El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
⑤ El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of Sections with a statement selected x 5)] x 100

Back Index Score _____

Firma Psiquiatra: _____

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:___/___/_____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Durante las <u>últimas dos (2) semanas</u>, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas? *(Use "□" para indicar su respuesta)*	**No, para nada**	**Varios días**	**Durante más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comiendo en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a — o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que puede que otras personas se hayan dado cuenta? O lo opuesto — estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

Codificación Proveedor: 0 + _____ + _____ + _____

= Puntuación Total: _____

Si marcó <u>cualquier</u> problema, ¿cuán <u>difícil</u> se le ha hecho realizar su trabajo, hacerse cargo de las cosas en la casa o llevarse bien con otras personas, debido a estos problemas?

No ha sido difícil	**Algo difícil**	**Muy difícil**	**Extremadamente difícil**
☐	☐	☐	☐

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.

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:___/___/_____

GAD-7

Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas? *(Use "□" para indicar su respuesta)*	Ninguna	Por varios días	Durante más de la mitad de los días	Casi todos los días
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.

Nombre:_____ MR:_____ Fecha: ____/____/_____

CIDI Escala Cernimiento Trastorno Bipolar

	SI	NO
Pregunta Inicial Euforia: 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? *Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, continúe a la Pregunta Inicial Irritabilidad.*		
Pregunta Inicial Irritabilidad: 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? *Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, no tiene que contestar las siguientes preguntas.*		
Pregunta Cernimiento Criterio B: *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? Si *contesta Sí, continúe contestando el resto de las preguntas de la forma. Si contesta No, no tiene que contestar las siguientes preguntas.*		
Preguntas Síntomas Criterio B: Piense en un episodio en el que tuvo la mar cantidad de cambios como estos mencionados al mismo tiempo. Durante ese episodio, ¿cuál de los siguientes cambios experimentó?		
1. ¿Se sintió usted tan irritable que comenzó discusiones, le gritó o golpeó a otras personas? *Esta primera pregunta de síntomas se debe hacer solo cuando la pregunta inicial de euforia fue contestada con un Sí.*		
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: _____

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD Firma Psiquiatra:_____

COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS)

Versión Auto Reporte - Reciente

Nombre:_____ Fecha:___/___/___ MR:_____

	En el pasado mes	
Conteste las Preguntas 1 y 2. // **En el pasado mes…**	**SÍ**	**NO**
1) ***¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?***		
2) ***¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?***		
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.		
3) ***¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?***		
4) ***¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?***		
5) ***¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?***		
	En los pasados 3 meses	
6) ***¿Ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se has preparado para hacer algo para terminar su vida?***		
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 vació; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.		
En su vida entera, ha realizado alguna de estas cosas?		

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 ves 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:_____

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD Firma Psiquiatra:_____

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 Satisfecho	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
0	1	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 suclinico (Gravedad Leve)

15–21 = Insomnio clínico (Gravedad Moderada)

22–28 = Insomnio clínico (Gravedad Severa)

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD Firma Psiquiatra: _____

Used via courtesy of www.myhealth.va.gov with permission from Charles M. Morin, Ph.D., Université Laval

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.**

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD Firma Psiquiatra:_____