

Escala de Autoconfianza en la Movilidad en Silla de Ruedas (SEWM)

Iniciales: _____

Por favor, díganos **cómo de seguro se siente en relación a desarrollar las destrezas en silla de ruedas** indicadas más abajo (por favor, elija sólo una celda para cada pregunta).

<i>Yo me siento seguro de...:</i>	<i>Nunca verdad</i>	<i>Raramente verdad</i>	<i>A veces verdad</i>	<i>Siempre verdad</i>
que yo puedo superar barreras y retos en relación a las destrezas en silla de ruedas si lo intento lo suficiente.	☐	☐	☐	☐
que yo puedo encontrar medios y caminos para ser independiente en mis movimientos, usando la silla de ruedas en mi entorno habitual y diario.	☐	☐	☐	☐
que yo puedo cumplir con las tareas que requieren en uso independiente de la silla de ruedas como subir a aceras y rampas.	☐	☐	☐	☐
que cuando me encuentro con un obstáculo para la movilidad en la silla de ruedas, puedo encontrar soluciones para superarlas.	☐	☐	☐	☐
que yo puedo superar barreras y retos para mi movilidad incluso cuando estoy cansado.	☐	☐	☐	☐
que yo puedo ser independiente en mis movimientos incluso cuando estoy desanimado.	☐	☐	☐	☐
que yo puedo ser móvil con mi silla de ruedas sin el apoyo de mi familia y amigos.	☐	☐	☐	☐
que yo puedo motivarme a mí mismo para llevar a cabo una destreza difícil y desafiante en silla de ruedas.	☐	☐	☐	☐
que yo puedo aprender nuevas destrezas de movimiento en la silla de ruedas por mí mismo.	☐	☐	☐	☐
que mientras yo uso mi silla de ruedas, usualmente puedo manejar cualquier situación que se presenta en mi camino	☐	☐	☐	☐