



## CUESTIONARIO DE BIENESTAR AUTO-APLICADO HoNOS65+

**Nombre y Apellidos:**

**Fecha:**

Este cuestionario sirve para comprobar que la atención que recibe le ayuda a mejorar. Por favor, lea atentamente cada una de las secciones (A-L) y señale con un círculo el número que indica las características que mejor le describen a Usted. Conteste a todas las secciones. A la hora de contestar **piense en las últimas dos semanas**. Responda teniendo en cuenta el momento en que se haya sentido peor en las últimas dos semanas.

### **Resumen general de las puntuaciones:**

- 0 Sin problema
- 1 Problema menor
- 2 Problema leve pero claramente presente
- 3 Problema moderado
- 4 Problema grave

**Gracias por rellenar este cuestionario.**

**Sección A. CONDUCTA ALBOROTADA :**  
*en las últimas dos semanas, yo...*

<b>Sin Problema 0</b>	<b>Problema Menor 1</b>	<b>Problema Leve 2</b>	<b>Problema Moderado 3</b>	<b>Problema Grave 4</b>
no he presentado un comportamiento hiperactivo, agresivo, destructivo o agitado	he estado ocasionalmente irritable o inquieto, pero en general he estado tranquilo y cooperativo	he estado ocasionalmente agitado o agresivo (agresividad verbal o física), o he causado una destrucción menor a la propiedad (p.ej. romper vasos/cristales)	he mostrado frecuentes agresiones verbales/agresividad física hacia otras personas o he destruido cosas	he realizado al menos un ataque físico serio/persistente o he causado una destrucción grave/persistente (p.ej. prender fuego)

**Sección B. AUTOLESIONES NO ACCIDENTALES :**  
*en las últimas dos semanas, yo...*

<b>Sin Problema 0</b>	<b>Problema Menor 1</b>	<b>Problema Leve 2</b>	<b>Problema Moderado 3</b>	<b>Problema Grave 4</b>
no he tenido pensamientos ni intención de autolesión	he pensado alguna vez que “mejor sería estar muerto”, pero no he tenido pensamientos de autolesión	he tenido pensamientos pasajeros de autolesión	he tenido pensamientos frecuentes de autolesión y he planeado cómo llevarlo a cabo (p.ej. acumular medicación)	he tenido pensamientos persistentes y graves de autolesión o he tenido una tentativa

**Sección C. CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL O DROGAS :**  
*en las últimas dos semanas, yo...*

<b>Sin Problema 0</b>	<b>Problema Menor 1</b>	<b>Problema Leve 2</b>	<b>Problema Moderado 3</b>	<b>Problema Grave 4</b>
no he bebido o utilizado drogas	he consumido alcohol o drogas, pero manteniendo el control	he perdido ocasionalmente el control o he consumido alcohol o drogas aproximadamente 2-3 veces a la semana o he tenido resaca alguna vez	he presentado marcada apetencia o dependencia del alcohol o las drogas o he consumido aproximadamente 4-5 veces a la semana o tenido resaca frecuentemente	he presentado grave apetencia o dependencia del alcohol o drogas o he consumido diariamente o me encuentro incapacitado en muchas áreas (social, ocupacional, físicas, financieras) debido a mis problemas con el alcohol o las drogas

**Sección D. PROBLEMAS COGNITIVOS :**  
*en las últimas dos semanas, yo...*

<b>Sin Problema 0</b>	<b>Problema Menor 1</b>	<b>Problema Leve 2</b>	<b>Problema Moderado 3</b>	<b>Problema Grave 4</b>
no he presentado problemas de memoria, orientación o lenguaje	he presentado problemas menores, como cierto grado de olvido o alguna dificultad de orientación temporal	he presentado problemas para recordar información nueva (p.ej. nombres) o he tenido alguna dificultad para encontrar un camino en lugares nuevos o me he encontrado con frecuencia desorientado respecto al tiempo	he tenido dificultad para reconocer a una persona conocida o me he perdido en un lugar familiar o a la gente le cuesta comprender mi lenguaje	me encuentro incapaz de aprender información nueva o incapaz de reconocer a amigos/parientes cercanos o mi lenguaje se ha vuelto confuso, nadie puede entenderlo

**Sección E. PROBLEMAS RELACIONADOS CON UNA ENFERMEDAD FÍSICA/DISCAPACIDAD:**  
*en las últimas dos semanas, yo...*

<b>Sin Problema 0</b>	<b>Problema Menor 1</b>	<b>Problema Leve 2</b>	<b>Problema Moderado 3</b>	<b>Problema Grave 4</b>
no he tenido problemas de salud física o discapacidad	he presentado un problema menor de salud debido a la remisión de una enfermedad de larga duración o he presentado cierto deterioro sensorial (p.ej. necesito gafas en algunas ocasiones o sonotone)	he perdido cierta independencia debido a un problema de salud o las distancias que recorro a pie sin ayuda son limitadas o no soy capaz de ver u oír sin gafas o sonotone o tengo un poco de dolor	camino únicamente con ayuda o con bastón o con andador o me he caído 1 o más veces o presento efectos secundarios de la medicación o tengo bastantes dolores	he tenido una infección grave o permanezco en la cama o en una silla o estoy ciego o sordo o me he caído 1 o más veces o presento severos efectos secundarios de la medicación o dolor grave

**Sección F. PROBLEMAS ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ALUCINACIONES Y/O IDEAS DELIRANTES:**  
*en las últimas dos semanas, yo...*

<b>Sin Problema 0</b>	<b>Problema Menor 1</b>	<b>Problema Leve 2</b>	<b>Problema Moderado 3</b>	<b>Problema Grave 4</b>
no he tenido alucinaciones ni ideas delirantes	he pensado cosas que los demás ven como extrañas	he tenido ideas raras o visiones o he oído voces, pero no me han producido casi malestar o he notado que mi pensamiento a veces se desorganizaba	he tenido ideas raras o visiones o he oído voces, y me he preocupado por ello o me ha producido gran malestar o he notado que mi pensamiento se desorganizaba frecuentemente	he tenido ideas raras o visiones o he oído voces, lo que ha afectado seriamente mi conducta y mi estado mental

**Sección G. PROBLEMAS EN RELACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS :**  
*en las últimas dos semanas, yo...*

<b>Sin Problema 0</b>	<b>Problema Menor 1</b>	<b>Problema Leve 2</b>	<b>Problema Moderado 3</b>	<b>Problema Grave 4</b>
no me he sentido triste	me he sentido un poco triste	he perdido el interés, el placer o la autoestima o me encuentro con menos energía o tengo sentimientos de culpa	me he encontrado deprimido o he sentido ganas de llorar gran parte del tiempo, o me he sentido culpable o no he sentido ganas de vivir o he perdido la autoestima	me he encontrado muy deprimido o he sentido ganas de llorar todo el tiempo o me siento inútil, sin interés por el placer o con ideas de culpa o abandono

## Sección H. OTROS PROBLEMAS MENTALES O CONDUCTUALES :

*Por ejemplo: pánico, ansiedad, fobias, obsesiones, problemas de la alimentación (exceso/defecto), problemas de sueño o síntomas que no puedan explicarse los médicos. (Si presenta más de uno de estos problemas, puntúe únicamente aquel que haya sido el peor para Usted).*

Escriba aquí el problema: \_\_\_\_\_  
 en las últimas dos semanas, yo...

Sin Problema 0	Problema Menor 1	Problema Leve 2	Problema Moderado 3	Problema Grave 4
no he tenido ningún problema (aparte de los ya mencionados en las secciones A-G)	he tenido dificultades menores, sin importancia	he tenido un problema que me ha afectado una parte del tiempo, pero he tenido momentos en los que el problema no ha estado presente y he mantenido el control	he tenido un problema con síntomas marcados y frecuentes, a veces he perdido el control o me han producido gran malestar	he tenido un problema con síntomas graves o persistentes, que ha afectado a la mayoría de mis actividades o me ha producido un malestar grave

**Sección I. PROBLEMAS CON LAS RELACIONES SOCIALES O DE APOYO :**  
*en las últimas dos semanas, yo...*

<b>Sin Problema 0</b>	<b>Problema Menor 1</b>	<b>Problema Leve 2</b>	<b>Problema Moderado 3</b>	<b>Problema Grave 4</b>
no he tenido problemas al relacionarme con otras personas	he tenido algún problema aislado con alguien, pero me encuentro satisfecho con mi relación con los demás	no me he sentido capaz de hacer amigos o mantenerlos o de adaptarme a las relaciones con la gente que me rodea (p.ej. mis modales no han sido correctos al dirigirme a alguien). Hay otras personas que saben esto	he evitado a los demás cuando he podido, nadie ha hecho la intención de hablar conmigo. Esta situación me produce angustia	me he aislado del resto de la gente, creando un clima tenso a mi alrededor. Este aislamiento va en aumento y me encuentro muy angustiado

**Sección J. PROBLEMAS CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:**  
*en las últimas dos semanas, yo...*

<b>Sin Problema 0</b>	<b>Problema Menor 1</b>	<b>Problema Leve 2</b>	<b>Problema Moderado 3</b>	<b>Problema Grave 4</b>
no he tenido ningún problema para vestirme, lavarme, alimentarme, organizarme	me las he arreglado de manera eficaz, aunque he sido un poco desorganizado	he sentido un leve empeoramiento al realizar las actividades o he tenido alguna dificultad para organizarme	he necesitado supervisión para vestirme y alimentarme o en alguna ocasión he presentado incontinencia urinaria	he sido incapaz de realizar muchas actividades sin ayuda (vestirme, alimentarme, lavarme...) o presento frecuente incontinencia urinaria o fecal

**Sección K. PROBLEMAS GENERALES CON LAS CONDICIONES DE VIDA :**  
*en las últimas dos semanas, yo...*

<b>Sin Problema 0</b>	<b>Problema Menor 1</b>	<b>Problema Leve 2</b>	<b>Problema Moderado 3</b>	<b>Problema Grave 4</b>
no he tenido problemas donde vivo. Es donde quiero estar y me gusta	considero aceptable donde vivo, no hay deficiencias fundamentales, aunque no logro una autonomía plena	considero aceptable donde vivo, pero hay cosas como la gente con la que vivo o algunas condiciones del ambiente, que me hacen la vida más difícil	he encontrado problemas tanto con las personas con las que vivo como con el lugar en el que vivo, p.ej. hace mucho frío, no hay suficiente luz, las condiciones para lavar la ropa o cocinar no son las adecuadas, o presento alto riesgo de sufrir una lesión	he encontrado problemas graves con las condiciones de vida, no se puede vivir en este lugar (situación de pobreza extrema o sin techo) o presento alto riesgo de sufrir lesiones

**Sección L. PROBLEMAS CON EL TRABAJO Y LAS ACTIVIDADES DE OCIO-CALIDAD DEL ENTORNO COTIDIANO:**

*en las últimas dos semanas, yo...*

<b>Sin Problema 0</b>	<b>Problema Menor 1</b>	<b>Problema Leve 2</b>	<b>Problema Moderado 3</b>	<b>Problema Grave 4</b>
he tenido acceso a oportunidades muy buenas de ocio y tiempo libre	he tenido acceso a actividades y lugares de ocio (bibliotecas, lugar para hacer gimnasia o ejercicios de rehabilitación, lugar para realizar trabajos manuales...) pero no a las horas convenientes o no he querido utilizar las facilidades que han estado disponibles	he tenido un surtido limitado, escaso de oportunidades o no he querido utilizar las facilidades que han estado disponibles	he tenido pocas oportunidades para estar ocupado y desarrollar nuevas habilidades o no he querido utilizar las facilidades que han estado disponibles	no he tenido oportunidad de realizar ninguna actividad de ocio y tiempo libre durante el día

**Por favor, compruebe que ha hecho un círculo en un número de cada una de las secciones (A-L).**

**PUNTUACIÓN TOTAL:**