



Banco de instrumentos
y metodologías en Salud Mental

www.cibersam.es/bancoinstrumentos

www.cibersam.es

cibersam

Centro de Investigación Biomédica En Red
de **Salud Mental**

CUADERNO DE PUNTUACIÓN DEL MINI PAS-ADD

*Escala de Evaluación para la
Detección de los Problemas de Salud Mental
de las Personas Adultas con Retraso Mental*

H. Prosser, S. Moss, H. Costello, N. Simpson, P. Patel

*Traducción: L. Salvador, C. Rodríguez-Blázquez, A. Lucena
(Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial, Universidad de Cádiz)*

Mini PAS-ADD

Fecha de la evaluación: __/__/____

LA PERSONA EVALUADA

Nombre: Sexo:.....

Edad y fecha de nacimiento:.....

¿Puede expresarse verbalmente?

Causa del retraso mental si se conoce (p.ej., Síndrome de Down, X frágil, rubeola, parálisis cerebral, etc.)

.....

¿Padece epilepsia?:

Indique el nombre de cualquier tipo de medicación que esté tomando

.....

.....

¿Tiene o ha tenido algún tipo de contacto previo o actual con servicios psiquiátricos?

Sí No

Si es afirmativo, ¿cuándo?

Diagnóstico (si se conoce):.....

EVALUADOR(ES)

Nombre de la(s) persona(s) que rellena(n) el cuestionario:

.....

Relación con la persona evaluada:

.....

Indique(n) desde cuándo conoce(n) al usuario:.....

ACONTECIMIENTOS VITALES

A continuación aparece un listado de eventos vitales. Si la persona ha vivido cualquiera de ellos DURANTE EL PASADO AÑO, por favor, márkelo en la casilla correspondiente. Si no ha vivido ninguno de ellos, marque la casilla que aparece al final de esta página.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento de un pariente directo | <input type="checkbox"/> Problema grave con un amigo íntimo, vecino o familiar |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento de un amigo íntimo de la familia u otro pariente | <input type="checkbox"/> Desempleo / lleva más de un mes buscando empleo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad o lesión graves | <input type="checkbox"/> Jubilación |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad grave de un pariente cercano o amigo | <input type="checkbox"/> Despido laboral |
| <input type="checkbox"/> Cambio de casa o residencia | <input type="checkbox"/> Pérdida o robo de alguna cosa de valor |
| <input type="checkbox"/> Ruptura de una relación estable (noviazgo) | <input type="checkbox"/> Problemas con la policía o la autoridad |
| <input type="checkbox"/> Separación o divorcio | <input type="checkbox"/> Problemas económicos graves |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el alcohol | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Problemas con las drogas | |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otro hecho o cambio de rutina que pueda causar distrés a la persona (Describalo brevemente) | |
-

O

- NADA DE LO ANTERIORMENTE MENCIONADO

PROBLEMAS

¿QUÉ LE HA LLEVADO A PENSAR QUE ESTA PERSONA PUEDE TENER UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL?

.....

.....

.....

.....

SI SE HA PRODUCIDO UN CAMBIO EN EL COMPORTAMIENTO HABITUAL, ¿CÓMO ERA LA PERSONA EVALUADA ANTES DE QUE APARECIERA EL PROBLEMA?

.....

.....

.....

.....

LAS PÁGINAS SIGUIENTES DEBEN CUMPLIMENTARSE CON LA AYUDA DEL GLOSARIO DEL MINI PAS-ADD. ES IMPORTANTE QUE COMPLETE TODAS LAS SECCIONES.

Por favor, lea cada pregunta detenidamente y marque con una cruz la columna que mejor describa el problema. Si no tiene suficiente información, intente conseguirla; por ejemplo, si sólo convive con la persona durante el día, puede que no sepa si duerme bien, por lo que tendrá que preguntar a alguien que posea información fiable al respecto.

Utilice una sola cruz por cada problema y no se salte ninguno. Si no puede responder alguna de las preguntas, TÁCHELA y explique el porqué.

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
1. Irritable o malhumorado/a	0	0	1	1

Puntuación V:

2. Inquieto/a, incapaz de permanecer tranquilo/a cuando está sentado/a, nervioso/a, deambula continuamente	0	0	1	1
3. Pérdida de la capacidad de concentración en actividades habituales (ver TV, leer, hobbies...)	0	0	1	1

Puntuación W:

4. Tarda en dormirse (al menos una hora más de lo habitual)	0	0	1	1
---	---	---	---	---

Puntuación X:

5. Se despierta demasiado temprano (al menos una hora antes de lo habitual) y no puede dormirse otra vez	0	0	1	1
6. Sueño interrumpido , se despierta durante una hora o más antes de volver a dormirse (no por causas médicas)	0	0	1	1
7. Pérdida del interés y el disfrute por sus actividades favoritas	0	0	1	1

Puntuación Y:

8. Repite obsesivamente palabras o pensamientos en su mente, causándole a menudo ansiedad	0	0	1	1
9. Tiene pensamientos obsesivos sobre daño o accidentes	0	0	1	1

Puntuación Z:

Pérdida de peso aproximada en los últimos 3 meses:

Aumento de peso aproximado en los últimos 3 meses:

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
10. Parece deprimido/a, triste o decaído/a (observado durante al menos dos días en las 4 últimas semanas)	0	1	2	2
11. Evita la compañía o el contacto social más de lo habitual	0	1	2	2
12. Pérdida de la autoestima en sus relaciones con los demás (no puntúa si la persona siempre ha sido así)	0	1	2	2
13. Pérdida de la esperanza en el futuro	0	1	2	2
14. Ideas o intentos de suicidio	0	2	2	2
15. Pérdida de la autoestima, se siente inferior a los demás (no puntúa si la persona siempre ha sido así)	0	1	2	2
16. Imagina que los otros le miran, hablan o se ríen de él/ella	0	1	2	2
17. Pérdida de la energía, está cansado/a la mayor parte del tiempo (si se debe SOLO a una enfermedad física, puntuar como leve)	0	1	2	2
18. Se mueve o habla mucho más lentamente de lo habitual	0	1	2	2
19. Expresa sentimientos de culpa o se culpa sin motivo alguno de algún incidente sin importancia	0	1	2	2
20. Ha perdido el apetito (si se debe SOLO a que sigue una dieta o a una enfermedad física, puntuar como leve)	0	1	2	2
21. Aumento del apetito, come en exceso	0	1	2	2

PUNTUACIÓN D1:

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
22. Manifiesta temor o pánico súbito e intenso provocado por situaciones o cosas tales como estar solo, las multitudes, los truenos, insectos o animales	0	0	4	4
23. Evita ciertos objetos, lugares o actividades debido a miedo o pánico	0	0	4	4
24. Estado de temor o pánico (no provocado por situaciones ni objetos)	0	0	4	4

PUNTUACIÓN A1:

A continuación figura una lista de síntomas que pueden aparecer en estados de ansiedad, pánico o miedo. Si la persona evaluada ha experimentado cualquiera de ellos durante el mes pasado, por favor, márkelo, independientemente de si la persona parecía ansiosa o no, o los síntomas podían atribuirse directamente a una fobia. Estos síntomas pueden aparecer simultáneamente, por lo que puede marcar tantas casillas como sea necesario.

- 25. Palpitaciones
- 26. Sequedad de boca
- 27. Enrojecimiento, sofocos o escalofríos
- 28. Temblor de manos o extremidades
- 29. Sudoración (p.ej., en las palmas de las manos)
- 30. Respira con dificultad
- 31. Opresión o dolor en el pecho
- 32. Parece asustado o temeroso
- 33. Estómago revuelto, náuseas, nudo en el estómago
- 34. Mareo, aturdimiento, desfallecimiento, inestabilidad

Si ha marcado 3 o más de los síntomas descritos	A2 = 3
Si ha marcado 2 o menos de los síntomas descritos	A2 = 0

PUNTUACIÓN A2:

Por favor, indique si cualquiera de las siguientes situaciones/objetos provoca fobia o pánico a la persona evaluada. Algunos de los ítems se refieren a más de una fobia. Para estos casos, puntúe el problema como presente si *aparece al menos una de las fobias descritas* en dicho apartado.

	No durante las últimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
35. Lugares públicos, espacios abiertos, estar en la calle				
36. Viajar en autobús, tren o automóvil				
37. Salir de casa				
38. Quedarse solo				
39. Espacios cerrados, ascensores, túneles, puentes, cabinas de teléfono...				
40. Hablar con desconocidos, estar en un grupo pequeño con gente conocida				
41. Comer o beber en público				
42. Animales, insectos, pájaros, plumas...				
43. Enfermedad, muerte, hospitales, inyecciones, ir al dentista				
44. Otras causas de ansiedad o temor				

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
45. Parece intensamente feliz o eufórico/a sin razón aparente (durante al menos 4 días consecutivos)	0	1	2	2
46. Habla mucho más, o más deprisa, de lo habitual	0	1	2	2
47. El hilo de su discurso cambia repetidamente, lo que hace difícil seguir su conversación	0	1	2	2
48. Ideas expansivas o comportamiento inapropiado o insensato, como derrochar dinero o hacer planes poco realistas, lo que no forma parte de su carácter	0	1	2	2
49. Aumento de energía, mucho más activo/a de lo normal, inquieto/a, movimientos acelerados	0	1	2	2
50. Comportamiento social inapropiado o embarazoso, como un exceso de familiaridad con los demás, lo que no forma parte de su carácter	0	1	2	2
51. Parece necesitar dormir mucho menos de lo habitual	0	1	2	2
52. Aumento de su actividad sexual	0	1	2	2

PUNTUACIÓN E1:

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
53. Rituales o acciones repetidas, tales como tocar, contar, lavarse, comprobar	0	1	2	3
54. Exceso de preocupación por mantener las cosas demasiado limpias y ordenadas	0	1	2	3
55. Se lava repetidamente, evita tocar objetos por temor a los gérmenes o a la contaminación	0	1	2	3

PUNTUACIÓN OB1:

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
56. Oye voces que los demás no oyen	0	2	2	2
57. Ve cosas que los demás no ven	0	1	1	1
58. Siente que alguien lo toca u otras sensaciones corporales cuando no hay nada o nadie alrededor que pueda causarlo	0	1	1	1
59. Huele cosas que los demás no huelen	0	1	1	1
PUNTUACIÓN P1: <input type="checkbox"/>				

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
60. Tiene creencias extrañas e inquebrantables, que aparentemente son imposibles y que los demás no comparten	0	2	2	2
PUNTUACIÓN P2: <input type="checkbox"/>				

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
61. Cree que los pensamientos de su mente no son suyos o que algo o alguien los está controlando	0	2	2	2
62. Está convencido/a de que los demás pueden leer sus pensamientos	0	2	2	2
63. Está convencido/a de que algo o alguien controla sus acciones	0	2	2	2
PUNTUACIÓN P3: <input type="checkbox"/>				

Por favor, indique cuáles de los siguientes síntomas han estado presentes durante al menos UN AÑO:

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
64. Pérdida de memoria de acontecimientos, detalles o actividades recientes				
65. Pérdida de la orientación temporal o de la orientación espacial en entornos familiares				
66. Pérdida de la capacidad para utilizar habilidades de autocuidado (p.ej., alimentarse, vestirse, usar el baño)				

Por favor, indique cuáles de los siguientes síntomas han estado presentes durante el último MES:

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
64. Pérdida de memoria de acontecimientos, detalles o actividades recientes	0	0	2	2
65. Pérdida de la orientación temporal o de la orientación espacial en entornos familiares	0	0	2	2
66. Pérdida de la capacidad para utilizar habilidades de autocuidado (p.ej., alimentarse, vestirse, usar el baño)	0	0	2	2

PUNTUACIÓN LF:

Las siguientes características suelen aparecer generalmente durante la primera infancia. Además, tienden a estar presentes en algún grado la mayor parte del tiempo. Puntúe dichas características sólo si han estado *presentes durante al menos 12 meses*.

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
70. Raramente utiliza el contacto visual, expresiones faciales o la sonrisa cuando se relaciona con los demás	0	1	1	1
71. Raramente saluda a los demás de manera espontánea	0	1	1	1
72. Raramente solicita u ofrece ayuda o afecto en momentos difíciles o estresantes	0	1	1	1
73. Carece de sentimientos hacia los demás o muestra respuestas anormales a las emociones de los otros	0	1	1	1
74. No comparte objetos o comida con los demás	0	1	1	1
75. No comparte diversiones o intereses con los demás	0	1	1	1
76. No responde de manera apropiada en situaciones sociales	0	1	1	1
77. En comparación con sus compañeros, tiene dificultades para desarrollar y establecer amistades y relaciones sociales	0	1	1	1

PUNTUACIÓN DD1:

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
78. Tiene dificultades para intervenir en una conversación con los demás (de acuerdo con su capacidad verbal)	0	1	1	1
79. Repite la misma palabra, frase o sonido una y otra vez fuera de contexto	0	1	1	1
80. Utiliza de manera incorrecta pronombres (p.ej., emplea "tú", "él" o "ella" cuando quiere decir "yo")	0	1	1	1

PUNTUACIÓN DD2:

	No durante las ultimas 4 semanas	Leve	Moderado	Grave
81. Muestra apego por cosas inusuales	0	1	1	1
82. Tiene aficiones o intereses extraños para los demás	0	1	1	1
83. Toca, huele o prueba objetos de manera inadecuada o con una intensidad inusual	0	1	1	1
84. Realiza conductas repetitivas, como palmoteos, balanceo, dar vueltas sobre sí mismo/a...	0	1	1	1
85. Realiza rutinas o rituales en una secuencia particular	0	1	1	1
86. Muestra estrés ante cambios en su rutina diaria o en su entorno	0	1	1	1

PUNTUACIÓN DD3:

PUNTUACIONES FINALES

Sume las puntuaciones del Mini PAS-ADD de la forma que se indica a continuación para conseguir la puntuación total. Una vez realizado, obtendrá seis puntuaciones totales, una por cada escala.

Consulte el Glosario para interpretar las puntuaciones finales

Escala 1: Depresión	
Sume puntuaciones W + X + Y + Z =	<input type="checkbox"/>
Puntuación D1 =	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>

Escala 4: Trastorno Obsesivo-compulsivo	
Sume Puntuación Z =	<input type="checkbox"/>
Puntuación OB1 =	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>

Escala 2: Ansiedad	
Sumar puntuaciones W + X =	<input type="checkbox"/>
A1 + A2 =	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>

Escala 5: Psicosis	
Sume puntuaciones P1 + P2 + P3 =	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>

Escala 3: Hipomanía	
Sume puntuaciones V + W =	<input type="checkbox"/>
Puntuación E1 =	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>

Escala 6: Trastorno no especificado	
Sume puntuaciones W + Y =	<input type="checkbox"/>
Puntuación LF =	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>

Escala 7: Trastorno del desarrollo	
Consultar glosario para la interpretación de las puntuaciones	

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor, proporcione información que aclare la/s causa/s de la ansiedad o el miedo que se han puntuado en las secciones A1 y A2

.....

.....

.....

.....

Si ha indicado que la persona evaluada oye voces, por favor, responda si puede a las siguientes preguntas. Utilice además, cuando sea posible, las propias palabras de la persona evaluada para describir sus experiencias:

- ¿Cuántas voces oye?

.....

- ¿Qué dicen las voces?

.....

.....

.....

- ¿A quién se dirigen las voces? (p.ej., hablan entre ellas o se dirigen a la persona que las oye)

.....

.....

- ¿Con qué frecuencia oye las voces la persona evaluada?

.....

Si cualquiera de las experiencias descritas en P2 o P3 están presentes (p.ej., delirios), por favor, describa cuáles son. Resultaría útil que incorporara las propias palabras de la persona evaluada en su relato.

.....

.....

.....

.....

.....

Por favor, añada cualquier otro comentario que quiera hacer con relación a los síntomas que ha puntuado como presentes en el Mini PAS-ADD.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....