



**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**

GLOSARIO DE SÍNTOMAS PARA EL MINI PAS-ADD

Prosser H, Moss SC, Costello H, Simpson N, Patel P

INTRODUCCIÓN

La batería de instrumentos PAS-ADD ha sido desarrollada para ayudar al diagnóstico y detección de trastornos mentales en personas con retraso mental. Aunque ha sido diseñada específicamente para esta población, puede ser aplicada igualmente en todas aquellas personas que tengan problemas a la hora de expresar sus problemas y necesidades. Muchos de los pacientes que entran en contacto con los servicios socio-sanitarios tienen problemas complejos que implican una combinación de trastornos físicos y mentales. Muchos de ellos tienen además dificultades en la comunicación. En estos pacientes, cuanto más complejo sea el problema, mayor probabilidad existe de que no sea correctamente diagnosticado.

La batería PAS-ADD proporciona un enfoque multi-nivel a la detección y diagnóstico de trastornos mentales. Esto lo consigue mediante el conocimiento y la experiencia generada a partir de una variedad de fuentes de información, que incluye a médicos, profesionales de los servicios socio-sanitarios y cuidadores.

Los tres instrumentos de la batería son:

- 1) La *Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability* (PAS-ADD) es una entrevista clínica semi-estructurada para su uso con pacientes con retraso mental e informadores clave. Requiere un profundo conocimiento de psicopatología y entrenamiento y formación en entrevistas clínicas semi-estructuradas. En Europa se está adoptando como “gold-standard” o referente para el diagnóstico de trastornos del Eje I en población con retraso mental.
- 2) El *Inventario PAS-ADD (PAS-ADD Checklist)* es un inventario de síntomas psiquiátricos que puede utilizarse para detectar problemas psiquiátricos en una población o para hacer un seguimiento en población de riesgo. No requiere entrenamiento ni cualificación específica. El Inventario parte del hecho de que son los cuidadores y familiares quienes antes perciben los cambios en la conducta de las personas a su cargo, aunque no tengan los conocimientos necesarios para comprender e interpretar dichos cambios. La información que ellos pueden proporcionar es crucial en el proceso diagnóstico.
- 3) El *Mini PAS-ADD* proporciona un marco de referencia a los profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, personal de enfermería, etc.) con el que recoger información sobre síntomas psiquiátricos y poder tomar decisiones informadas acerca de posibles derivaciones a otros servicios u otros tipos de intervención. Para utilizar este instrumento no es necesario tener un conocimiento específico en psicopatología, aunque sí es recomendable recibir formación sobre su uso.

Estructura del Mini PAS-ADD

El Mini PAS-ADD consiste en un inventario de acontecimientos vitales, seguido por una serie de preguntas sobre síntomas. El sistema de puntuación del Mini PAS-ADD proporciona una puntuación relativa a siete áreas de psicopatología:

- Depresión
- Ansiedad
- Humor expansivo
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Psicosis
- Trastorno no especificado
- Trastorno del desarrollo (autismo)

Para cada una de estas áreas se han definido puntuaciones mínimas a partir de la cual identificar posibles trastornos psiquiátricos.

El sistema de puntuación del Mini PAS-ADD reconoce que (a) algunos síntomas son comunes a más de una categoría diagnóstica y (b) algunos síntomas tienen una significación clínica mayor que otros. Por ello, el Mini PAS-ADD se organiza en 11 secciones, cuyas puntuaciones se combinan de diferentes formas para generar finalmente 7 puntuaciones finales. Siempre que ha sido posible, los pesos específicos de los ítems así como las puntuaciones mínimas se han ajustado de tal manera que es necesario que esté presente al menos uno de los síntomas principales para alcanzar la puntuación mínima. Generalmente, no es posible alcanzar la puntuación mínima partiendo únicamente de síntomas no específicos.

Algunos ítems, como por ejemplo, el listado de situaciones generadoras de ansiedad, únicamente proporcionan información adicional y no contribuyen a la puntuación final. Por ello aparecen marcados con una “x” en la casilla correspondiente sobre la frecuencia de aparición del síntoma.

Tipo de información derivada del Mini PAS-ADD

El Mini PAS-ADD se ha diseñado para proporcionar una evaluación más amplia y fiable que el Inventario PAS-ADD. Esto se consigue mediante (a) un mayor número de ítems, (b) un glosario de síntomas que guíe la puntuación de la severidad del síntoma y (c) la formación del personal que utiliza el instrumento. El Mini PAS-ADD es similar a la entrevista en los síntomas que cubre y en el uso del glosario. Sin embargo, existen dos diferencias cruciales. En primer lugar, el Mini PAS-ADD *no* es una entrevista. La entrevista clínica de personas con retraso mental es una tarea altamente especializada que requiere ciertos conocimientos y habilidades restringidos, generalmente, a psiquiatras y psicólogos. El Mini PAS-ADD, sin embargo, proporciona un marco de referencia para que un profesional, o un equipo de profesionales, pueda recoger información relevante sobre sintomatología psiquiátrica sin necesidad de realizar una entrevista. En segundo lugar, el Mini PAS-ADD no proporciona

un diagnóstico CIE-10 completo. Para ello es necesario utilizar la entrevista PAS-ADD, si se poseen los conocimientos y habilidades necesarios

El Inventario y el Mini PAS-ADD han sido básicamente diseñados para ayudar a los profesionales y cuidadores a *reconocer* problemas de salud mental en las personas a su cargo y para poder tomar decisiones informadas, no para diagnosticar. Debido a que el sistema de puntuación del Mini PAS-ADD es muy riguroso, la información resultante proporciona una base fiable sobre la que tomar decisiones. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que sobrepasar una puntuación mínima no necesariamente significa que el paciente pueda tener un diagnóstico psiquiátrico específico. Antes bien, este instrumento está diseñado para ayudar a recoger la información preliminar que ayude al psiquiatra a realizar una evaluación completa. No es un sustituto de la evaluación psiquiátrica realizada por un profesional cualificado.

INSTRUCCIONES DE USO

Es imprescindible que los usuarios del Mini PAS-ADD estén entrenados en su uso.

El evaluador que completa el cuestionario debe conocer a la persona evaluada desde hace al menos **SEIS MESES** y debe haber pasado algún tiempo hablando y observando al paciente.

Para determinar si la persona evaluada tiene un problema en particular es necesario consultar las definiciones que aparecen en este documento. Con la finalidad de asegurar que las respuestas son apropiadas, puede ser necesario pedir información a otras personas que conozcan bien al paciente, por ejemplo, personal residencial que con más probabilidad tendrán información sobre los patrones de alimentación y sueño.

La mayoría de las secciones recogen información sobre problemas presentes durante las **últimas cuatro semanas**, y que representen un **cambio reciente sobre el comportamiento habitual**. Sin embargo, algunas secciones se refieren a acontecimientos que abarcan un período de tiempo mayor, por lo que **es esencial leer atentamente las instrucciones que aparecen al principio de cada sección**.

En algunos casos, el personal cuidador puede no estar seguro sobre si se ha producido un cambio “reciente” sobre el comportamiento habitual, pero sí sabe que existe algún tipo de alteración. Es importante incluir tales síntomas, teniendo en cuenta que, en algún momento dado, ha ocurrido un cambio en el estado previo del sujeto.

Cuando la puntuación se refiere a las últimas cuatro semanas (en la mayoría de las secciones), hay que tener en cuenta que los síntomas pueden haber aparecido antes del comienzo de ese período de cuatro semanas, pero sólo se puntúa su presencia e intensidad durante las últimas cuatro semanas. Igualmente, si un síntoma ha estado presente durante el período de cuatro semanas requerido pero ha desaparecido cuando se rellena el cuestionario, hay que puntuarlo como presente.

LA ESCALA DE CUATRO PUNTOS

NO HA OCURRIDO / NO ESTÁ PRESENTE

El síntoma se define como no presente durante el mes pasado.

LEVE

1. La conducta ha aparecido durante las últimas cuatro semanas pero ha sido infrecuente, ●
2. La conducta ha aparecido pero ha sido tan leve que no ha causado problemas a la persona evaluada o a otras personas.

MODERADO

1. El síntoma ha aparecido durante las últimas 4 semanas y ha ocurrido frecuentemente pero no la mayor parte del tiempo, ●
2. El síntoma ha aparecido y a causado un grado moderado de malestar al sujeto o a otros.

GRAVE

Cualquiera de las siguientes alternativas:

1. El síntoma ha aparecido con una alta frecuencia y ha estado presente la mayor parte del tiempo durante las últimas cuatro semanas.
2. El síntoma es muy grave y ha causado un malestar considerable a la persona evaluada o a los demás. Puede no haber estado presente la mayor parte del tiempo durante las últimas cuatro semanas.
3. La conducta es claramente problemática para el entorno de la persona evaluada. Por ejemplo, la conducta puede conllevar la expulsión del centro de día o la pérdida de relaciones sociales o ser disruptiva para el entorno residencial del paciente.
4. La conducta ha puesto en serio peligro a la persona evaluada o a los demás.

Sección V

1. Irritable o de mal humor

Todo el mundo se siente irritado de vez en cuando y esto es normal. Sin embargo, para puntuar este síntoma como presente, debe aparecer una clara reducción en el nivel de tolerancia ante situaciones frustrantes o desagradables, que la persona es incapaz de controlar. La irritabilidad y el mal humor son desproporcionados con relación a las circunstancias que los provocan. Por ejemplo, gritar, arrojar objetos, dar puntapiés, empujar a los demás. Si la irritabilidad ha llevado al paciente a ser ofensivo o injurioso durante el último mes, puntuar el síntoma como **grave**.

Sección W

2. Inquieto, incapaz de permanecer sentado, nervioso, deambula continuamente.

Inquietud o agitación en varias partes del cuerpo e incapacidad para permanecer sentado. Cuando el problema es leve, la persona puede aparecer retorciéndose los dedos o tirándose de la ropa, o moviendo inquietamente las piernas. Cuando es grave, el paciente puede moverse y deambular de un lado para otro continuamente y no poder permanecer sentado mucho tiempo. A menudo queda claro para los demás que la experiencia resulta desagradable para el paciente, ya que no puede controlarse.

3. Pérdida de la capacidad de concentración en actividades habituales.

El paciente no puede concentrar su atención en actividades que la requieren. Algunas personas con retraso mental pueden ser incapaces de concentrarse durante largos períodos de tiempo. Para puntuar este síntoma como presente, sin embargo, la capacidad de atención y concentración debe ser menor de lo habitual. El paciente puede tener más dificultades de lo normal para trabajar, retener información, o prestar atención a las actividades que anteriormente le atraían (por ejemplo, ver un programa de televisión, mantener una conversación, o llevar a cabo tareas rutinarias). En su forma más grave, el paciente puede ser incapaz de retener nada en absoluto.

Sección X

Nota para los ítems relativos al sueño: Si la persona ha tenido problemas de sueño debido SOLO a enfermedad o problemas físicos (p.ej., fiebre, vómitos, etc.) no puntuar este síntoma como presente.

4. Tarda en dormirse.

Se refiere sólo al proceso de quedarse dormido. La persona puede permanecer despierta “dando vueltas en la cama”. Puntuar sólo aquellos episodios en los que el paciente tarda al menos una hora en quedarse dormida. No puntuar si el paciente se acuesta más tarde de lo normal (p.ej., por participar en eventos

sociales, ver una película por la noche, etc.) pero no tiene dificultades para dormirse.

Sección Y

5. Se despierta demasiado temprano

Se puntúa como presente si el paciente se despierta al menos una hora antes de lo normal y no puede volver a dormirse, aunque pueda estar cansado y unrefreshed??? (si el paciente vuelve a dormirse, puntuar como *sueño interrumpido*). No puntuar como presente si la persona evaluada siempre se despierta temprano.

6. Sueño interrumpido

El paciente se despierta a mitad del sueño y tiene dificultades para volver a dormirse. Puntuar solo aquellos episodios de despertar que duren al menos una hora (se distingue de *despertar demasiado temprano* en que el paciente puede volver a dormirse).

7. Pérdida del interés y el disfrute por sus actividades favoritas

Reducción del interés o el entusiasmo por aficiones u objetos, así como de la participación en actividades de las que la persona anteriormente disfrutaba. Tales actividades pueden ser el interés por la ropa, la apariencia física, etc., así como actividades de ocio y tiempo libre.

Sección Z

8. Repetición obsesiva de palabras o pensamientos

La persona experimenta pensamientos repetitivos e intrusivos que generalmente le causan ansiedad o malestar. Estos pensamientos pueden ser palabras sueltas, frases o versos, que son desagradables o vergonzosos para el paciente. Otras veces, los pensamientos pueden referirse a intentos de encontrar una solución a algún problema o a aclararse sobre alguna cosa concreta. Por ejemplo, algunas personas manifiestan dudas excesivas y repetitivas sobre si han realizado adecuadamente alguna actividad, como por ejemplo, apagar el horno. El paciente puede volver una y otra vez sobre un suceso en particular con la finalidad de convencerse a sí mismo sobre los hechos.

Otros ejemplos incluyen pensamientos repetitivos sobre posibles daños infligidos a otras personas; por ejemplo, una persona puede preocuparse pensando que hirió a otra en un bar cuando le empujó sin querer al salir.

Nota: distinguir entre pensamientos y voces. Si la persona oye voces, no puntuar aquí, sino en el ítem 57.

9. Pensamientos obsesivos sobre daño o accidentes.

El paciente experimenta ideas o imágenes repetitivas, molestas y desagradables que no puede controlar. Por ejemplo, pensamientos continuos

sobre cuchillos, rumiaciones sobre accidentes que pueden ocurrir a sus seres queridos, imágenes sobre muertes violentas o actividades sexuales anormales.

Algunas personas pueden experimentar *impulsos* obsesivos, que consisten en impulsos repetidos para llevar a cabo acciones agresivas, peligrosas o socialmente inaceptables. Por ejemplo, herir a alguien, tirarse de un edificio o gritar obscenidades en público. Sin embargo, el paciente se resiste al impulso y no lo lleva a cabo.

Sección D1

10. Parece deprimido, triste o decaído

Todo el mundo tiene días en los que se siente triste o decaído, pero este síntoma se refiere a estado de ánimo bajo que persiste por largos períodos de tiempo y que no se alivia o desaparece ante situaciones que generalmente se perciben como agradables. En muchos casos, la depresión aparece como consecuencia de situaciones vitales estresantes o traumáticas, como una enfermedad grave o accidente, o la pérdida del empleo, duelo o ruptura familiar. La diferencia entre una respuesta normal a tales hechos y la depresión reactiva es que, en ésta última, la tristeza y el dolor no disminuyen de forma normal. Independientemente de si ha ocurrido un suceso vital significativo o no, puntuar el síntoma siguiendo estos criterios:

Leve: los episodios de estado de ánimo deprimido son breves, seguidos por períodos de estado de ánimo normal o eufórico.

Moderado: La persona sólo tiene estados temporales de ánimo normal.

Grave: el estado de ánimo deprimido es persistente y el paciente no responde a los intentos de ánimo por parte de los demás. El síntoma debe estar presente la mayor parte del día durante al menos dos semanas el mes pasado.

Es importante tener en cuenta que una persona con depresión no siempre llora o tiene tendencia al llanto.

11. Evita la compañía o el contacto social más de lo habitual

Reducción notable de la sociabilidad del paciente en comparación con lo que es habitual en él. La persona parece evitar a los demás, no se interesa por tener vida social o deja de tomar parte en actividades sociales.

12. Pérdida de la autoestima en sus relaciones con los demás

Pérdida de la confianza en sus habilidades sociales y en sus relaciones con los demás. Recuerde que la persona con retraso mental es especialmente susceptible a la baja autoestima, lo que puede ser un rasgo de personalidad. Si es así, no puntúa aquí como problema.

13. Pérdida de la esperanza en el futuro

Sentimientos pesimistas y catastróficos sobre el futuro. En casos graves, el paciente siente que no merece la pena vivir.

14. Ideas o intentos de suicidio

Los pensamientos suicidas deben ser puntuados con la escala de cuatro puntos de gravedad y frecuencia. Cualquier *intento* serio de suicidio debe puntuarse como grave.

15. Pérdida de la autoestima

Las personas con baja autoestima desarrollan un concepto negativo sobre sí mismas y, con frecuencia, hacen saber que se sienten inferiores a los demás. Pueden expresar sentimientos de inferioridad, aunque se les haga ver sus cualidades positivas.

16. Imagina que los demás le miran, hablan o se ríen de él/ella

El paciente que sufre este problema es muy consciente de sí mismo, y cree que los demás le miran o hablan de él, por ejemplo, en el autobús, en un restaurante o en otros lugares públicos. Algunas veces puede sentir como si los demás se rieran de él o le criticaran.

A la hora de puntuar este síntoma, es importante tener en cuenta que la persona con retraso mental puede algunas veces llamar la atención de los demás por su apariencia o su conducta. Es importante, por lo tanto, asegurarse de que la experiencia descrita no haya sucedido realmente.

17. Pérdida de la energía

El paciente parece cansado y somnoliento en comparación con lo habitual en él, aunque no haya tenido una actividad enérgica o agotadora. Los demás pueden haber observado una reducción marcada en el nivel de energía y actividad del paciente. Éste puede ser incapaz de iniciar cualquier tarea o acción, o dejar tareas sin terminar. Todo le parece un problema.

18. Se mueve o habla más lentamente de lo habitual

El paciente parece moverse, andar o hablar más lentamente de lo habitual. A veces está anormalmente quieto, ya sea sentado o de pie, o necesita más tiempo de lo normal para iniciar cualquier movimiento. Tarda demasiado en responder a una pregunta, o realiza largas pausas en la conversación. En su forma más grave, la persona puede ser incapaz de moverse o de conversar, y puede llevarse horas sin moverse o realizar sonidos.

19. Expresa sentimientos de culpa o se culpa sin motivo

Este síntoma se refiere a sentimientos de culpa o auto-culpa irrazonables. El paciente con este síntoma puede sentirse culpable o autoculpabilizarse en exceso por hechos que a los demás les parecen triviales o por cualquier suceso fuera de su control o perteneciente al pasado. Cuando este sentimiento es muy grave, el paciente puede culpabilizarse por casi todo aquello que vaya mal en su vida.

20. Pérdida del apetito

Pérdida clara del interés o del disfrute por la comida. Las acciones de tragar y masticar se convierten en lentas y dificultosas. El paciente puede perder peso. Es necesario estar completamente seguro a la hora de registrar cualquier pérdida de peso.

21. Aumento del apetito, come en exceso

Debe ser evidente. Registre cualquier aumento de peso por esta razón.

Sección A1

La ansiedad puede manifestarse de múltiples maneras. Pueden existir síntomas sin una causa obvia (ansiedad generalizada), o éstos pueden aparecer como respuesta al estrés o algún acontecimiento vital, como duelo o un cambio en el entorno. Los síntomas de ansiedad pueden también aparecer con relación a lugares u objetos específicos (fobia). La ansiedad es clínicamente significativa sólo si es inadecuada y excesiva con relación a las circunstancias del individuo y no puede ser controlada de manera voluntaria.

Cuando la ansiedad aparece en forma de ataques repentinos se denomina pánico. Los ataques de pánico generalmente aparecen de manera súbita, alcanzando un nivel de ansiedad máximo y remitiendo gradualmente. Los ataques de pánico suelen durar entre unos pocos minutos y una hora. Si la ansiedad o el miedo es intenso, van normalmente acompañado también por síntomas físicos (síntomas “autonómicos”), tales como falta de aliento, opresión en el pecho, sudoración, temblores y vértigo. Estos síntomas aparecen en los ítems 25 a 34.

Es posible que algunas personas padezcan síntomas de ansiedad generalizada y fobia a la vez.

22. Temor o pánico súbito e intenso provocado por situaciones o cosas

Una fobia es una sensación de ansiedad incontrolable que aparece en circunstancias específicas o ante objetos concretos que normalmente no provocan esa sensación en otras personas. El miedo generalmente lleva a evitar la situación temida. Las fobias incluyen miedo a situaciones concretas (agorafobia), tales como multitudes, viajar en coche, autobús o tren, salir de casa o estar solo en casa o en la calle. Otras fobias pueden aparecer como resultado de estar en presencia de otras personas: por ejemplo, comer en público, hablar con desconocidos o conocer gente. Otras causas de fobias son: animales, insectos, oscuridad, truenos y tormentas, alturas, enfermedades, agua, espacios cerrados, etc. A menudo el paciente sufre ataques de pánico cuando se enfrenta a la situación que provoca el miedo. Las circunstancias específicas que pueden provocar fobia aparecen en los ítems 35-44.

23. Evita ciertos objetos, lugares o actividades debido a miedo o pánico

Cuando una persona tiene un miedo en concreto, éste a menudo se vuelve tan intenso que le lleva a evitar las circunstancias que le provocan ansiedad. En este ítem, es importante puntuar sólo la frecuencia y gravedad de la *evitación* fóbica, y no el miedo inducido por la fobia misma, que se puntúa en el ítem anterior.

24. Estado de temor o pánico (no provocado por situaciones ni objetos)

Este ítem se refiere a aquellas personas que manifiestan ansiedad, miedo o aprensión sin que existan circunstancias específicas que los provoquen. La ansiedad relacionada *sólo* ante determinadas situaciones no puntúa aquí, sino en el ítem 22.

Sección E1

45. Parece intensamente feliz o eufórico sin razón aparente

Al igual que ocurre con el estado de ánimo deprimido, es normal experimentar cierto grado de euforia, especialmente en épocas de éxito y buena suerte. Para puntuar este síntoma como presente, el estado de ánimo debe estar elevado por encima de lo normal dadas las circunstancias individuales, que pueden ser incluso desagradables o negativas. Por supuesto, la euforia tiene una calidad “anti-natural”. El estado de ánimo elevado puede aparecer acompañado por excitación.

Para puntuar este síntoma como presente, la persona debe parecer “eufórica” durante al menos 4 días consecutivos. No puntúa como presente si el paciente parece muy alegre o feliz ante las circunstancias apropiadas.

46. Habla mucho más o más deprisa de lo habitual

La conversación del paciente parece estar “acelerada” comparada con lo habitual en él. A menudo habla tan alto, rápido y profusamente que es difícil seguirle la conversación.

47. El hilo del discurso cambia repetidamente

El discurso del paciente salta rápidamente de un tema a otro, a veces influido por pequeños detalles del entorno. Por ejemplo, el paciente puede oír un ruido o una frase que inmediatamente incorpora en la conversación, cambiando su dirección por completo. No ha terminado un tema de conversación cuando comienza con otro.

48. Ideas expansivas o comportamiento inapropiado o insensato

El sentido común del paciente está distorsionado. Puede estar lleno de nuevos planes e ideas que es poco probable que realice o alcance. O puede expresar su intención de hacerse socio de varias asociaciones o clubes o de comenzar nuevas aficiones distintas. El paciente puede cometer acciones irresponsables que “no van con su carácter”, y representan un cambio en su comportamiento habitual, como derrochar y comprar cosas que no necesita o no se puede permitir.

A la hora de puntuar este síntoma, es importante tener en cuenta que muchas personas con retraso mental pueden tener vidas bastante restrictivas. La persona con retraso mental puede manifestar ideas expansivas que son normales para la población general pero poco realistas para una persona en

sus circunstancias (por ejemplo, planificar un viaje por el extranjero o tener un puesto de trabajo altamente cualificado).

49. Aumento de energía

La persona está mucho más activa e inquieta de lo normal y parece tener mucha energía. Sus movimientos parecen “acelerados” y necesita dormir mucho menos de lo normal.

50. Comportamiento social inapropiado o embarazoso

La conducta no forma parte del carácter del paciente y resulta inapropiada para las circunstancias. Por ejemplo, el paciente puede parecer más sociable y sexualmente desinhibido, o manifestar familiaridad excesiva con personas que no conoce.

51. Parece necesitar mucho menos de lo normal

Reducción en las horas de sueño que necesita dormir el paciente. El paciente puede quedarse despierto hasta la madrugada o dormir menos horas de lo normal, pero se levanta fresco y descansado. A pesar de que tarde en quedarse dormido o se despierte temprano, el paciente no parece necesitar dormir más.

Este síntoma debe estar presente durante al menos una semana.

52. Aumento de la actividad sexual

El paciente manifiesta aumento del interés por el sexo. Si tiene pareja, su actividad sexual puede aumentar. También puede mostrar más interés visual o verbal.

Sección OB1

Obsesiones y compulsiones

Las características principales de las conductas obsesivas y compulsivas son:

- 1) El sujeto experimenta pensamientos repetitivos o se siente impulsado a realizar ciertas acciones, por ejemplo, excesiva tendencia al orden, la limpieza o la higiene personal.
- 2) La persona reconoce que tales sentimientos/conductas no son razonables o lógicas e intenta resistirse a ellos.

(Nota: si la persona *no* la reconoce como ilógica, sino que da una explicación extraña para su conducta, no puntúa aquí, sino en la Sección 9, Delirios).

53. Rituales o acciones repetidas

El paciente se ve impulsado a realizar ciertas acciones repetidas y sin sentido. Los rituales pueden ser de comprobación, contar, tocar cosas o repetir una acción de manera estereotipada. Por ejemplo: encender y apagar las luces varias veces, contar repetidamente de una determinada manera o contar de

manera supersticiosa hasta cierto número para controlar una situación, tocar las cosas de una forma concreta, ponerse la ropa en un orden determinado, hacer el mismo ritual todas las noches antes de acostarse. Algunas personas se sienten impulsadas a repetir ciertos actos un número determinado de veces, empezando toda la secuencia de nuevo si por alguna razón se paran.

54. Exceso de preocupación por mantener las cosas limpias y ordenadas

Este síntoma no se refiere a las personas que son por naturaleza limpias y ordenadas, sino a aquellas que están preocupadas por un orden preciso y determinado de los objetos, como ordenar su ropa en el armario de manera concreta, asegurarse que los billetes en su cartera no están al revés o limpiar su casa todos los días aunque no sea necesario.

55. Se lava repetidamente

Este síntoma se refiere a aquellas personas que están preocupadas por posibles gérmenes y que intentan evitar una supuesta contaminación, por ejemplo, lavándose las manos o el cuerpo de manera excesiva o realizando rituales de limpieza o evitando tocar cosas por miedo a contaminarse.

Sección P1

Alucinación: falsa percepción. Puede ocurrir en cualquiera de los órganos de los sentidos (vista, tacto, oído, etc.). Una alucinación no es *creer* que algo existe, sino una percepción de algo que es tan real como si el objeto percibido existiera.

56. Oye voces que los demás no oyen

Las alucinaciones auditivas pueden manifestarse como voces, música o ruidos. El paciente puede decir que oye una voz o varias voces hablando, o que oye un ruido en el interior de su cabeza o que proviene del exterior. Es importante establecer si las voces son *realmente* alucinaciones (por ejemplo, descartar que no se trate de la televisión o la radio del vecino que se escucha a través de la pared). Además, hay que asegurarse de que el paciente no está malinterpretando las acciones o gestos de otras personas y *pensar* que ellos están hablando sobre él, en lugar de oír realmente sus voces.

Pueden aparecer múltiples voces o una sola. El paciente puede oír palabras sueltas, frases o murmullos. Las voces pueden hablar directamente al paciente o conversar entre ellas.

57. Ve cosas que los demás no ven

Puede incluir: imágenes sin formas (flashes, sombras, luces de colores, formas abstractas), imágenes de personas o caras, o escenas completas.

58. Siente que alguien lo toca u otras sensaciones corporales

Las personas que padecen este síntoma pueden sentir que algo o alguien les toca sin explicación evidente. Un paciente contó que notaba que alguien le golpeaba en la cara y los brazos sin que hubiera nadie presente. Otras

experiencias incluyen la sensación de ser pinchado, estrangulado o distintas sensaciones en la piel.

59. Huele cosas que los demás no huelen

Las personas que manifiestan este síntoma pueden oler sustancias, ya sean agradables o desagradables, que otras personas no pueden oler. Es necesario asegurarse de que el paciente no está simplemente malinterpretando un olor que está presente en realidad.

NOTA. A veces es difícil determinar si el paciente sufre alucinaciones o delirios. Además, ambos pueden aparecer con relación a la misma situación. Por ejemplo, un paciente puede oler un gas (alucinación) que él cree que sus vecinos están introduciendo por su ventana para envenenarlo (delirio). Por esta razón, es importante contar con descripciones detalladas acerca de la persona y con ejemplos de su conducta concreta.

Sección P2

60. Tiene creencias extrañas e inquebrantables que aparentemente son imposibles y que los demás no comparten

Un delirio es una creencia falsa e inquebrantable sobre algo que no es cierto. Los delirios pueden tener diversas formas, por lo que es importante tener en cuenta los dos elementos que los caracterizan:

- La creencia es rara y normalmente imposible.
- La creencia es inquebrantable y la persona se resiste a los intentos de razonamiento.

La creencia es normalmente extraña e imposible. Sin embargo, esta no es una cualidad esencial (por ejemplo, en el caso del delirio sobre embarazo o el delirio en el que el paciente cree que es amado por alguien).

A veces el grado de certeza que tiene la persona sobre su delirio fluctúa, y en ocasiones puede dudar sobre él o ser susceptible a los razonamientos. La mayoría de las veces, sin embargo, el delirio se centra sobre la persona misma y puede tener un contenido muy extraño. El resto de la gente y el entorno que rodea al paciente cobran un significado especial para él.

Uno de los delirios más comunes es el de referencia. Se trata de la creencia de que todo lo que rodea al paciente (objetos, personas y acontecimientos) se refieren a él mismo. Por ejemplo, puede creer, con certeza absoluta y contra toda posible evidencia y los intentos de los demás para convencerlo, que los demás se ríen de él o lo critican. También puede estar convencido de que los programas de televisión o las noticias en los periódicos se refieren a él o hablan de él.

Los delirios también pueden tomar la forma de interpretaciones erróneas de gestos o acciones realizados por los demás. Por ejemplo, ver a alguien

corriendo las cortinas significa que el paciente va a volverse loco, el ruido del tráfico y las bocinas de los coches en la carretera pueden significar que el paciente es un mentiroso, etc.

Otras veces, el delirio de referencia se convierte en un sentimiento de persecución. Por ejemplo, el paciente puede creer que alguien, algún grupo u organización está intentando hacerle daño de alguna manera, por ejemplo, envenenándole o intentando asesinarle, o que están tramando algo contra él.

A la hora de puntuar este síntoma, es importante tener en cuenta que a veces las personas con retraso mental pueden ser objeto de abuso o ser puestas en ridículo por los demás, por lo que es importante descartar que no haya una base racional en el síntoma.

Existen también delirios de “grandiosidad”. El paciente puede creer que tiene capacidades o poderes especiales o una gran inteligencia. Puede estar convencido de que es una persona muy famosa o relacionada con alguien importante.

A continuación aparece una lista de los delirios más comunes. Existen muchos otros además de estos:

- Alguien o algo trata de hacer daño al paciente.
- Los acontecimientos o los objetos que le rodean se refieren directamente a él o la TV o la radio hablan sobre él.
- Tiene capacidades o poderes especiales
- Es un personaje importante, famoso o rico o está relacionado con una personalidad importante.
- Está convencido de tener algún defecto en su cuerpo, estar embarazada o tener una enfermedad grave, por ejemplo, SIDA o cáncer.
- Piensa que su mente está influida por los rayos X, hechos paranormales, hipnosis, etc.

Sección P3

Los ítems 61 a 63 recogen los síntomas clásicos de la esquizofrenia. Sin embargo, se tratan de fenómenos mentales complejos que normalmente las personas con retraso mental tienen dificultades para describir. Por ello, es necesario tener precaución al puntuar esta sección.

61. Cree que los pensamientos de su mente no son suyos

El paciente cree que no puede controlar sus pensamientos y que éstos no le pertenecen. Siente que sus pensamientos son algo extraño o ajeno a él. Está convencido de que una influencia exterior ha introducido esos pensamientos en él. Por ejemplo, un hombre contó que tenía pensamientos que le inducían a matar a alguien, pero sostenía que estos pensamientos no le pertenecían a él, sino al Diablo. A veces, el paciente puede explicar el procedimiento por el que

se introducen esos pensamientos en su cabeza, por ejemplo, mediante telepatía o dispositivos electrónicos como un radar.

Otras veces, sin embargo, la persona no es capaz de saber de dónde proceden esos pensamientos. Con frecuencia, las personas con retraso mental no pueden distinguir entre pensamientos y voces que no les pertenecen. En tales casos, es importante recoger una descripción detallada del relato del paciente, aunque no se pueda distinguir entre ambas experiencias.

62. Está convencido de que los demás pueden leer sus pensamientos

La persona que padece este síntoma cree realmente que los demás pueden leer sus pensamientos. Por ejemplo, una mujer relató que notaba cómo sus pensamientos estaban fuera de su cabeza y, por tanto, los demás podían conocerlos. Algunos pacientes creen que los demás pueden *oír* sus pensamientos.

63. Está convencido de que algo o alguien controla sus acciones

El componente principal de este síntoma es que el paciente siente que sus acciones están controladas por alguna influencia externa. Por lo tanto, la persona se siente como un robot, impulsada a realizar movimientos o acciones que quedan fuera de su voluntad.

Sección LF

Los ítems 64 a 69 se refieren a cambios en el funcionamiento cognitivo. Estos cambios pueden deberse a diversas razones: el efecto de drogas, depresión, enfermedad psicótica, o la enfermedad de Alzheimer. El Mini PAS-ADD no explora las razones subyacentes a tales cambios, ya que ésta es una tarea de los médicos. Sin embargo, saber que ha ocurrido un cambio reciente o en el pasado en el funcionamiento cognitivo del paciente ayuda a la investigación. Por esta razón, las puntuaciones de esta sección se refieren también al período de los doce meses previos al estudio así como al período normal de cuatro semanas.

Si existe la sospecha de un deterioro en las habilidades de autocuidado del paciente, se recomienda realizar una evaluación completa de las habilidades adaptativas mediante las escalas adecuadas. Dicha evaluación debe repetirse a los 6 y 12 meses, para analizar si el deterioro es progresivo.

A la hora de puntuar los ítems de esta sección, es importante tener en cuenta todo aquello que el paciente podía hacer anteriormente. Una persona con retraso mental grave puede no tener lenguaje o tener escasas habilidades de orientación. En este caso, es necesario observar con detalle la conducta para saber si ha habido un deterioro, por ejemplo, en la capacidad del paciente para reconocer a los demás o para recordar una rutina concreta.

64 y 67. Pérdida de memoria de acontecimientos, detalles o actividades recientes

Se refiere a la pérdida de memoria con relación a acontecimientos recientes o a información recientemente adquirida, no a sucesos lejanos en el tiempo. Las pérdidas leves de memoria pueden reflejarse en una tendencia creciente a olvidar citas o salidas planeadas, no recordar una información que acaban de darle (por ejemplo, dónde ha ido el cuidador), o dónde está un objeto que acaba de dejar. La pérdida moderada de memoria se reconoce cuando el paciente no recuerda actividades que ha realizado recientemente (lo que ha comido, dónde ha estado), o no es capaz de completar una actividad rutinaria y familiar o no recuerda los nombres de personas que conoce. La pérdida grave de memoria puede implicar la incapacidad de recordar información previamente aprendida y reconocerse cuando, por ejemplo, el paciente no reconoce lugares, personas u objetos familiares.

65 y 68. Pérdida de la orientación temporal o espacial en entornos familiares

El paciente puede ser incapaz de encontrar su dormitorio o el cuarto de baño, o puede tener dificultades para distinguir entre el día y la noche. Por ejemplo, puede levantarse a medianoche pensando que ya es de día.

66 y 69. Pérdida de habilidades de autocuidado

Se caracteriza por la reducción en la capacidad de llevar a cabo tareas de autocuidado que anteriormente el paciente podía realizar sin problemas, como por ejemplo, lavarse, ir de compras o hacerse la comida. En las personas con retraso mental más grave, puede aparecer una reducción en la capacidad para alimentarse o vestirse, o ir al baño por sí solo.

Secciones DD1, DD2 y DD3

A diferencia del resto del Mini PAS-ADD, estas tres secciones puntúan conductas que pueden haber estado presentes en el paciente durante toda su vida. En la mayor parte de los casos, pueden haberse iniciado en la primera infancia. Sin embargo, a veces no es posible saberlo con seguridad ya que el paciente puede no tener padres o familia que lo confirmen. En estas ocasiones, los cuidadores pueden informar sobre si los síntomas son persistentes y han estado presentes **durante al menos doce meses**.

70 a 77. Deben ser patentes.

78. La persona tiene dificultades para mantener un diálogo con otra persona. El paciente puede hablar sin dificultades sobre sus intereses pero mostrar poco interés por conversar sobre algún tema que le interese a los demás. El paciente tiene dificultades para seguir con interés el tema de conversación de los demás o mantener la conversación de una forma socialmente adecuada.

79 a 81. Deben ser patentes.

82. El paciente tiene una afición o interés extraño y poco común, por su contenido y su intensidad. Por ejemplo, un interés compulsivo por los horarios

de autobuses o trenes, o por los semáforos. Normalmente, no comparte esta afición con los demás.

83. El paciente tiene un interés especial por el olor, sonido o sabor de otras personas y de objetos. Por ejemplo, puede oler objetos o a otras personas de manera inapropiada, observar algo concreto de manera intensa durante un largo período de tiempo o acercarse las cosas a los labios para probarlas.

84. El paciente muestra conductas estereotipadas tales como agitar las manos, girar, balancearse, dar vueltas sobre sí mismo, caminar de puntillas, etc.

85. El paciente se siente impulsado a realizar rituales o rutinas en un orden establecido, por ejemplo, colocar ciertos objetos en un lugar exacto, dejar las puertas abiertas con un ángulo determinado, poner la mesa en un orden concreto o tocar las cosas de una manera especial antes de hacer algo.

86. La persona muestra malestar o reacciones negativas no habituales ante pequeños cambios en su entorno o su rutina diaria. Por ejemplo, la recolocación de los muebles en su cuarto puede ser causa de rabietas y explosiones de cólera intensos.

INTERPRETACIÓN DE LAS PUNTUACIONES

Después de rellenar el Mini PAS-ADD y la sección de puntuaciones finales, se obtienen seis puntuaciones totales relativas a seis escalas de síntomas. Es necesario comparar estas puntuaciones con las puntuaciones mínimas exigidas (umbrales) para cada escala que aparecen a continuación. Una puntuación total igual o mayor que cualquiera de las puntuaciones mínimas sugiere que la persona evaluada puede tener un problema de salud mental en esa área concreta y, por lo tanto, se recomienda su derivación a un especialista para una evaluación psiquiátrica completa. La escala 7: trastorno del desarrollo, tiene unas instrucciones diferentes.

Es importante tener en cuenta que el Mini PAS-ADD es un instrumento que mide síntomas y su gravedad. No realiza un diagnóstico psiquiátrico completo.

Escala 1: Depresión Puntuación total máxima = 32 Puntuación mínima (umbral) = 10 Es necesario tener en cuenta la existencia de pensamientos suicidas (ítem 14) aunque no se supere la puntuación mínima	Escala 5: Psicosis Puntuación total máxima = 13 Puntuación mínima (umbral) = 2
Escala 2: Ansiedad Puntuación total máxima = 18 Puntuación mínima (umbral) = 7	Escala 6: Trastorno no especificado Puntuación total máxima = 11 Puntuación mínima (umbral) = 6 En muchas enfermedades físicas o mentales pueden aparecer trastornos de la memoria o de las habilidades de autocuidado. La causa concreta de las mismas sólo puede determinarse a través un análisis médico y psiquiátrico completo
Escala 3: Humor expansivo Puntuación total máxima = 19 Puntuación mínima (umbral) = 8	Escala 7: Trastorno del desarrollo El diagnóstico de los trastornos del desarrollo tales como el autismo es una tarea altamente especializada. Sin embargo, si la puntuación mínima del paciente es 4 en la Sección DD1, 1 en la Sección DD2 y 3 en la Sección DD3, se recomienda realizar una evaluación psiquiátrica al mismo.
Escala 4: Trastorno Obsesivo-compulsivo Puntuación total máxima = 8 Puntuación mínima (umbral) = 3	