



# FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL MAMI

## Información básica

Nombre de la persona cuidadora principal		N.º de identificación	
Nombre del/la lactante		Fecha de la evaluación	___ / ___ / ___

¿Con qué frecuencia se ha sentido afectada por los siguientes problemas durante las últimas dos semanas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o gusto por hacer las cosas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Sensación de tristeza, depresión o desesperanza.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Dificultades para dormir o permanecer dormida, o bien pasa demasiado tiempo dormida.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Sensación de cansancio o de pocas energías.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Poco apetito o come en exceso.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Se siente mal consigo misma/o, cree que es un fracaso o que se ha defraudado a sí misma/o o a su familia.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Tiene dificultades para concentrarse, como cuando intenta seguir una conversación con otras personas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Se mueve o habla con tanta lentitud que esto llama la atención de otras personas, o bien se siente tan inquieta/o que se mueve mucho más de lo habitual.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Piensa que estaría mejor muerta/o o piensa en hacerse daño de alguna manera.	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

ACTUAR	Sumar las puntuaciones de las columnas:					
	PUNTUACIÓN TOTAL DE LA EVALUACIÓN:					
	Clasificar	<b>RIESGO BAJO:</b> 0 - 9 y "no" a la pregunta 9 (pensamientos autodestructivos)	<b>RIESGO MODERADO:</b> 10 - 14 y "no" a la pregunta 9 (pensamientos autodestructivos)	<b>RIESGO ALTO:</b> 15 o más y/o "sí" a la pregunta 9 (pensamientos autodestructivos)		
	Otro (especificar):					

Notas:

**ACTUAR** VOLVER AL FORMULARIO DE EVALUACIÓN MAMI Y COMPLETAR LA EVALUACIÓN