

## ¿Para qué sirve este cuadernillo?

En los Paquetes por Curso de Vida (RM 030-2020) se exige realizar tamizajes obligatorios de Salud Mental, Violencia, Alcohol/Drogas, Deterioro Cognitivo, etc. Pero muchas veces NO se sabe qué instrumento usar. Este cuadernillo reúne las 10 fichas oficiales MINSA listas para imprimir y aplicar en consulta. Cada ficha incluye: las preguntas exactas, el sistema de puntuación, la interpretación, y los códigos CPMS + CIE-10 que debes registrar en HIS/FUA.

## Códigos CPMS de tamizajes en salud mental (Manual SM MINSA 2021)

CPMS	Tamizaje	CIE-10	Instrumento / Comentario
96150.01	Tamizaje en Violencia	R45.6 / T74.x	Adultos + adolescentes · Ficha VIF MINSA
96150.02	Tamizaje en Alcohol y Drogas	Z72.1 / F10.x	Adolescentes (CRAFFT) · Adultos (AUDIT)
96150.03	Tamizaje en Trastornos Depresivos	Z13.3 / F32.x	Adultos (PHQ-9) · Gestantes (EPDS) · AM (Yesavage)
96150.04	Tamizaje en Psicosis	Z13.3 / F20-F29	SRQ-18 (preguntas 19-24)
96150.05	Cuestionario Habilidades Sociales	Z13.3	Adolescentes 12-17 años
96150.06	Tamizaje Neurodesarrollo (0-3a)	Z13.4	TEPSI / EEDP
96150.07	Tamizaje Deterioro Cognitivo ("e60a)	Z13.4	Mini-Mental / Pfeiffer (PAM)
96150.08	Tamizaje SM Niños/Adolescentes 3-17a	Z13.3	SDQ / RQC
99402.09	Consejería Prevención Riesgos SM	Z71.x	Tras todo tamizaje, sea positivo o negativo
R45.6	Problemas relacionados con violencia	—	CIE-10 dx para tamizaje positivo VIF
Z72.1	Problemas relacionados al alcohol	—	CIE-10 dx tamizaje positivo alcohol
Z63.4	Desaparición/muerte familiar	—	Si aplica como motivo

## Fichas incluidas en este cuadernillo:

1. PHQ-9 — Tamizaje de Depresión (Adulto/Adolescente)
2. SRQ-18 OMS — Tamizaje de Trastornos Mentales (Adulto)
3. Yesavage GDS-15 — Tamizaje Depresión Geriátrica (Adulto Mayor)
4. AUDIT — Tamizaje de Consumo Riesgoso de Alcohol (Adulto)
5. CRAFFT — Tamizaje SM/Drogas (Adolescente)
6. Ficha de Tamizaje VIF MINSA — Violencia Familiar
7. Ficha de Valoración del Riesgo (RM 328-2019-MIMP) — Mujer víctima
8. Cuestionario Pfeiffer — Tamizaje Cognitivo (AM)
9. EPDS Edimburgo — Depresión Postnatal (Gestante/Puérpera)
10. Cuestionario Habilidades Sociales (Adolescente)

# FICHA 1 · PHQ-9 — Tamizaje de Depresión

CPMS 96150.03 · CIE-10 Z13.3 ! si positivo: F32.x · Aplica desde 18 años (Adolescentes 12-17 si está validado por evaluador)

## PHQ-9 · Patient Health Questionnaire (validado en Perú · INS-MINSA)

Nombre y apellidos	DNI	Edad	Sexo
Fecha de aplicación	Curso de vida	Establecimiento	

Pregunta inicial: "Durante las ÚLTIMAS 2 SEMANAS, ¿qué tan seguido le han molestado los siguientes problemas?"

N°	Pregunta	Nunca (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1	Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Dificultad para conciliar el sueño, no poder seguir dormido(a), o ha dormido demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Falta de apetito o ha comido en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Se ha sentido mal con usted mismo(a) — o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían haberlo notado · O lo contrario: ha estado tan inquieto(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de hacerse daño de alguna manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### INTERPRETACIÓN — Sume los puntajes (0-27):

0 - 4

#### NINGUNA depresión

Negativo · Reforzar factores protectores · Consejería 99402.09

5 - 9

#### Depresión LEVE

Vigilancia · Reevaluar en 2-4 sem · Consejería · Z13.3

10 - 14

#### Depresión MODERADA

F32.0 · Manejo en primer nivel + control 2 sem · Referir si no mejora

15 - 19

#### Depresión MODERADAMENTE SEVERA

F32.1 · REFERIR a CSM o psiquiatría · Manejo conjunto

20 - 27

#### Depresión SEVERA

F32.2 · REFERIR URGENTE a CSM/psiquiatría

⚠️ ALERTA: si la pregunta 9 (pensamientos de muerte/hacerse daño) tiene "e1 punto, evaluar SUICIDIO de inmediato (preguntar si tiene plan, medios disponibles) y REFERIR URGENTE aunque el total sea bajo.

PUNTAJE TOTAL: \_\_\_\_\_ / 27

Resultado (negativo / positivo + nivel):

---

Plan / Referencia:

---

Firma y sello del personal de salud:

---

# FICHA 2 · SRQ-18 — Tamizaje Síntomas Mentales

OMS · adoptado por MINSA · Aplica en adultos "e18a · CPMS 96150.03 (depresión/ansiedad) + 96150.04 (psicosis)

## SRQ-18 · Self Reporting Questionnaire (OMS-MINSA)

Nombre y apellidos		DNI	Edad	Sexo
Fecha de aplicación	Curso de vida	Establecimiento		

Pregunta inicial: "Las siguientes preguntas se refieren a ciertos problemas que pueden haberle molestado durante los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Marque **SÍ** si el problema lo tuvo en los últimos 30 días, **NO** si no lo tuvo."

N°	Pregunta	SÍ (1)	NO (0)
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Tiene mal apetito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Duerme mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿Se asusta con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿Sufre de temblor de manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿Se siente nervioso(a), tenso(a) o aburrido(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿Sufre de mala digestión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	¿No puede pensar con claridad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	¿Se siente triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	¿Se siente cansado(a) todo el tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Preguntas adicionales (síntomas psicóticos · CPMS 96150.04):

N°	Pregunta	SÍ (1)	NO (0)
1	¿Siente molestias desagradables en el estómago?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Se cansa con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### INTERPRETACIÓN:

- Preguntas 1-18: Suma de respuestas SÍ !' 0-6 = NEGATIVO · "e7 = POSITIVO (sospecha trastorno mental común — depresión, ansiedad)
- Preguntas adicionales 21-24: cualquier SÍ es POSITIVO para sospecha de PSICOSIS !' REFERIR a CSM

### PUNTAJES:

Preguntas 1-18: \_\_\_\_\_ / 18 !' (circule) NEGATIVO POSITIVO

Preguntas psicosis 19-24: \_\_\_\_\_ / 4 !' SÍ en alguna = sospecha psicosis

Pregunta 17 (idea suicida): SÍ %j NO %j !' si SÍ: EVALUAR SUICIDIO + REFERIR URGENTE

Plan / Referencia:

Firma y sello del personal de salud:

# FICHA 3 · YESAVAGE GDS-15 — Depresión Geriátrica

CPMS 96150.03 · CIE-10 Z13.3 ! si positivo: F32.x · Aplica en ADULTO MAYOR "e60a · Manual AM 2025

## GDS-15 · Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión abreviada)

Nombre y apellidos	DNI	Edad	Sexo
Fecha de aplicación	Curso de vida	Establecimiento	

Pregunta inicial: "Elija la respuesta que MEJOR describa cómo se ha sentido USTED durante la ÚLTIMA SEMANA."

N°	Pregunta	SÍ	NO
1	¿Está usted básicamente satisfecho(a) con su vida? (cuenta NO = 1pt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Siente que su vida está vacía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿Se siente aburrido(a) con frecuencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? (cuenta NO = 1pt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? (cuenta NO = 1pt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	¿Se siente con frecuencia desamparado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	¿Prefiere usted quedarse en casa, mejor que salir y hacer cosas nuevas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	¿Cree que es maravilloso estar vivo? (cuenta NO = 1pt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	¿Se siente usted inútil o despreciable, tal como está usted actualmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	¿Se siente lleno(a) de energía? (cuenta NO = 1pt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	¿Cree usted que su situación es desesperada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	¿Cree que las otras personas están, en general, mejor que usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PUNTUACIÓN: Sume 1 punto por cada respuesta que indique depresión (ver instrucciones):**

Las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13 puntúan cuando la respuesta es NO. El resto puntúa con respuesta SÍ.

### INTERPRETACIÓN:

0 - 4

**NORMAL (sin depresión)**

Reforzar factores protectores AM

5 - 9

**DEPRESIÓN LEVE-MODERADA**

F32.0/F32.1 · Manejo en CDV AM + control 2-4 sem · Considerar referir

10 - 15

**DEPRESIÓN ESTABLECIDA**

F32.2 · REFERIR a CSM o geriatría

**PUNTAJE TOTAL: \_\_\_\_\_ / 15**

Resultado:

Plan / Referencia:

Firma y sello:

# FICHA 4 · AUDIT — Consumo Riesgoso de Alcohol

OMS / MINSA · CPMS 96150.02 · CIE-10 Z72.1 ! si positivo: F10.x · Aplica en "e15 años

## AUDIT · Alcohol Use Disorders Identification Test (OMS)

Nombre y apellidos		DNI	Edad	Sexo
Fecha de aplicación	Curso de vida	Establecimiento		

Pregunta inicial: "Las siguientes preguntas tienen que ver con su consumo de BEBIDAS ALCOHÓLICAS en el último año." Una "bebida estándar" = 1 cerveza, 1 copa de vino, 1 trago de licor.

### 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Nunca (0) <input type="radio"/>	1 vez/mes o menos (1) <input type="radio"/>	2-4 veces al mes (2) <input type="radio"/>	2-3 veces por sem (3) <input type="radio"/>	"e4 veces por sem (4) <input type="radio"/>
---------------------------------------	---	--	---	---

### 2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día típico cuando bebe?

1-2 (0) <input type="radio"/>	3-4 (1) <input type="radio"/>	5-6 (2) <input type="radio"/>	7-9 (3) <input type="radio"/>	"e10 (4) <input type="radio"/>
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

### 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

Nunca (0) <input type="radio"/>	Menos de 1 vez/mes (1) <input type="radio"/>	Mensual (2) <input type="radio"/>	Semanal (3) <input type="radio"/>	A diario o casi diario (4) <input type="radio"/>
---------------------------------------	--	---	---	--

## Preguntas 4-8: marca la frecuencia EN EL ÚLTIMO AÑO

N°	Pregunta	Nunca (0)	<1/mes (1)	Mensual (2)	Semanal (3)	Diario (4)
1	¿Con qué frecuencia, en el último año, no ha podido parar de beber una vez que había comenzado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Con qué frecuencia, en el último año, no pudo hacer lo que se esperaba de usted por el alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Con qué frecuencia, en el último año, ha necesitado beber por la mañana para recuperarse después de haber bebido el día anterior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿Con qué frecuencia, en el último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿Con qué frecuencia, en el último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N°	Pregunta	No (0)	Sí, pero NO en el último año (2)	Sí, en el último año (4)
1	¿Usted o alguna otra persona se ha lastimado como resultado de su consumo de alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Algún familiar, amigo o médico ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol o le ha sugerido que deje de beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## INTERPRETACIÓN AUDIT (suma total 0-40):

0 - 7

### BAJO RIESGO

Educación sobre límites · Reforzar

8 - 15

### RIESGOSO

Consejería breve · Z72.1 · Reevaluar en 3 meses

16 - 19

### PERJUDICIAL

F10.1 · Intervención breve + seguimiento · Considerar referir

"e 20

### DEPENDENCIA probable

F10.2 · REFERIR a CSM / psiquiatría · Evaluar Sx abstinencia

**PUNTAJE TOTAL:** \_\_\_\_\_ / 40

Plan:

---

Firma:

---

# FICHA 5 · CRAFFT — Tamizaje SM/Drogas (Adolescente)

CPMS 96150.02 · CIE-10 Z72.1 · Aplica en ADOLESCENTES 12-17 años · NTS 157-2019

## CRAFFT · Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble

Nombre y apellidos		DNI	Edad	Sexo
Fecha de aplicación	Curso de vida	Establecimiento		

Pregunta inicial: "Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has bebido alcohol o usado drogas (marihuana, inhalantes, etc.)?"

Sí %i No %j

Si la respuesta es NO, solo pregunta C y termina. Si es SÍ, aplica las 6 preguntas:

N°	Pregunta	SÍ (1)	NO (0)
1	(C - Car) ¿Has estado en un VEHÍCULO conducido por alguien (incluyéndote) que estaba "drogado" o había estado consumiendo alcohol o drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	(R - Relax) ¿Usas drogas o alcohol para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo(a) o adaptarte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	(A - Alone) ¿Has usado alguna vez drogas o alcohol estando SOLO(A)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	(F - Forget) ¿OLVIDAS cosas que hiciste mientras consumías drogas o alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	(F - Friends) ¿Tu FAMILIA o AMIGOS te han dicho alguna vez que debes disminuir tu consumo de bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	(T - Trouble) ¿Has tenido PROBLEMAS mientras consumías alcohol o drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### INTERPRETACIÓN CRAFFT:

0 - 1

**BAJO RIESGO**

Reforzar factores protectores · Educar

"e 2

**POSITIVO — alto riesgo de trastorno por consumo**

F19.x · REFERIR a CSM adolescente · Consejería 99402.09

**PUNTAJE TOTAL:** \_\_\_\_\_ / 6

Plan:

Firma:

# FICHA 6 - TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR (VIF)

CPMS 96150.01 · CIE-10 R45.6 / T74.x · Manual SM MINSA 2021 · Confidencial

## Ficha de Tamizaje VIF MINSA

Nombre y apellidos		DNI	Edad	Sexo
Fecha de aplicación	Curso de vida	Establecimiento		

Ø=Ý CONFIDENCIAL · Aplicar en privado, SIN acompañantes (pareja, familia). El silencio del paciente o respuestas evasivas también es información clínica. Tipo de violencia: F=Física · P=Psicológica · S=Sexual · E=Económica · N=Negligencia.

N°	Pregunta	SÍ	NO	No respondió
1	¿En el último año ha sido GOLPEADO(A), CACHETEADO(A), PATEADO(A) o LASTIMADO(A) físicamente por alguien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Alguien lo(la) ha INSULTADO, AMENAZADO, HUMILLADO o RIDICULIZADO con frecuencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Lo(la) han forzado(a) a tener RELACIONES SEXUALES o tocamientos sin su consentimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿Le RETIENEN el dinero, no le permiten trabajar o controlan TODO lo que gasta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿Le PROHÍBEN salir, ver a su familia o amigos, o ir al puesto de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿Se siente con MIEDO de su pareja, padres, hijos u otra persona con quien vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿Ha pensado en HACERSE DAÑO o en suicidarse a causa de la violencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	¿En su NIÑEZ vivió situaciones de violencia (golpes, abuso sexual, abandono)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Si responde SÍ a CUALQUIER pregunta, EXPLORA:

Tipo de violencia (F · P · S · E · N): \_\_\_\_\_

¿Quién es el agresor? (pareja · padre · madre · hijo/a · otro): \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva la violencia? \_\_\_\_\_

¿Hay menores de edad presentes? Sí %i No %j ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Tiene lesiones visibles? Sí %i No %j Describir: \_\_\_\_\_

### INTERPRETACIÓN VIF + ACCIÓN:

• POSITIVO ("e1 SÍ): Dx R45.6 (problemas relacionados con violencia) o T74.x según tipo. Aplicar Ficha de Valoración del Riesgo (RM 328-2019-MIMP, próxima página) para decidir referencia. En lesiones físicas: T01-T14 según localización. • Consejería 99402.09 SIEMPRE. • REFERIR a CSM si violencia psicológica/sexual repetida. • Si menores afectados !' notificar a DEMUNA/Fiscalía (deber legal). • Si riesgo de vida !' derivar a Hogar Refugio o casa de acogida.

Plan / Referencia:

Firma:

# FICHA 7 · VALORACIÓN DEL RIESGO — Mujeres víctimas de violencia

RM 328-2019-MIMP · Aplicar SOLO si Tamizaje VIF positivo · Permite categorizar nivel de riesgo

## Ficha de Valoración del Riesgo (FVR) en Mujeres Víctimas

Nombre y apellidos		DNI	Edad	Sexo
Fecha de aplicación	Curso de vida	Establecimiento		

Marque cada situación que la usuaria ha vivido. Cada SÍ suma 1 punto.

N°	Pregunta	SÍ (1)	NO (0)
1	¿El agresor le ha intentado AHORCAR, ASFIXIAR o estrangular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿El agresor ha AMENAZADO con MATARLA a usted, a sus hijos o a algún familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿El agresor tiene o ha tenido acceso a ARMAS (de fuego, blancas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿La violencia ha AUMENTADO en frecuencia o intensidad en los últimos 6 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿La ha forzado a tener RELACIONES SEXUALES contra su voluntad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿La ha CELADO o controlado obsesivamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿Consumo alcohol o drogas frecuentemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	¿Ha intentado separarse y la ha agredido por intentarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	¿Tiene HIJOS pequeños (< 5 años) que pueden quedar en peligro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	¿Está embarazada actualmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	¿El agresor la ha amenazado con suicidarse si lo deja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	¿Ha recibido lesiones que requirieron atención médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	¿La ha encerrado, secuestrado o impedido salir de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### INTERPRETACIÓN — Nivel de RIESGO:

0 - 3

#### RIESGO LEVE

Consejería · Plan de seguridad · Seguimiento en 30 días

4 - 7

#### RIESGO MODERADO

REFERIR a CEM · Plan de seguridad · Visita domiciliaria · Considerar denuncia

8

#### RIESGO SEVERO — VIDA EN PELIGRO

REFERIR INMEDIATO a Casa Refugio · Denuncia obligatoria · Coordinar PNP/MIMP

Ø=Û CONTACTOS DE EMERGENCIA: Línea 100 (MIMP - 24h gratuita) · 105 (PNP) · 106 (SAMU). CEM más cercano: Centro de Emergencia Mujer de la región Lambayeque. EsSalud / EPS también tienen línea de violencia.

PUNTAJE TOTAL: \_\_\_\_\_ / 13 · NIVEL DE RIESGO: \_\_\_\_\_

Plan de seguridad acordado con la usuaria:

Referencia (institución y nombre del contacto):

Firma:

# FICHA 8 · CUESTIONARIO PFEIFFER — Tamizaje Cognitivo AM

CPMS 96150.07 · CIE-10 Z13.4 ! si positivo F03.9 / G30.x · Aplica en "e60 años · NTS 207-2023 AM

## SPMSQ · Short Portable Mental Status Questionnaire (Pfeiffer)

Nombre y apellidos		DNI	Edad	Sexo
Fecha de aplicación	Curso de vida	Establecimiento		

Aplice las 10 preguntas SIN ayudas (sin reloj, calendario, etc.). Marque ERROR si la respuesta es incorrecta.

N°	Pregunta	CORRECTO (0)	ERROR (1)
1	¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Qué día de la semana es?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿En qué lugar estamos? (cualquier descripción correcta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿Cuál es su número de teléfono? (o dirección, si no tiene teléfono)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿Cuántos años tiene usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿Cuál es su fecha de nacimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿Quién es el actual presidente del Perú?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	¿Quién fue el presidente anterior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	¿Cuál es el primer apellido de su madre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Reste 3 desde 20 y siga restando 3 a cada nuevo número, hasta el final (20-17-14-11-8-5-2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### INTERPRETACIÓN PFEIFFER (suma ERRORES):

AJUSTAR puntaje: +1 error si nivel educativo es BAJO (primaria incompleta o analfabeto) · -1 error si nivel educativo es ALTO (más de secundaria).

#### 0 - 2 errores

##### FUNCIÓN COGNITIVA NORMAL

Reforzar actividades cognitivas · Reevaluar 1 año

#### 3 - 4 errores

##### DETERIORO COGNITIVO LEVE

Aplicar Mini-Mental · REFERIR a CSM/geriatria

#### 5 - 7 errores

##### DETERIORO MODERADO

F03.9 · REFERIR a neurología/geriatria · evaluar demencia

#### 8 - 10 errores

##### DETERIORO SEVERO

G30.x demencia · REFERIR URGENTE · Plan de cuidados + cuidador

ERRORES TOTALES: \_\_\_\_\_ / 10 · Ajuste educación: \_\_\_\_\_ · TOTAL FINAL: \_\_\_\_\_

Plan:

Firma:

# FICHA 9 · EPDS Edimburgo — Depresión Postnatal

CPMS 96150.03 · CIE-10 Z13.3 ! F53.0 · Aplica en GESTANTE (>3er trim) Y PUÉRPERA hasta 12 meses

## EPDS · Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

Nombre y apellidos		DNI	Edad	Sexo
Fecha de aplicación		Curso de vida	Es <input type="radio"/> Sí, bastante a menudo (3) <input type="radio"/> A veces (2) <input type="radio"/> Casi nunca (1) <input type="radio"/> No, nunca (0)	

Pregunta inicial: "Como usted ha tenido un bebé recientemente (o está embarazada), nos gustaría saber cómo se ha sentido. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solo cómo se siente hoy."

### 1. He sido capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

Igual que siempre (0)

**0 - 9**

No, nada (3)

**BAJO RIESGO**

### 2. He disfrutado mirar hacia adelante

Tanto como siempre (0)

Menos que antes (1)

**10 - 12**

**RIESGO MODERADO**

Reforzar autocuidado · Vínculo madre-bebé

### 3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marcharon mal

Sí, la mayor parte del tiempo (3)

Sí, algunas veces (2)

**"e 13**

**POSITIVO — Depresión postnatal PROBABLE**

F53.0 · Vigilancia + control 2 sem · Considerar referir

### 4. He estado ansiosa o preocupada sin motivo

No, nunca (0)

Casi nunca (1)

Sí, a veces (2)

F53.0/F32.x · REFERIR a CSM · Atención prioritaria

⊘=b" ALERTA: Si la pregunta 10 (idea de hacerse daño) puntúa "e1, evaluar SUICIDIO de inmediato y REFERIR URGENTE aunque el total sea bajo. La paciente puerperal con ideación suicida requiere atención inmediata.

### 5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno

Sí, bastante (3)

Sí, a veces (2)

No, a menudo (1)

No, nunca (0)

**PUNTAJE TOTAL: \_\_\_\_\_ / 30**

Plan:

### 6. Las cosas me agobian

Sí, no he podido enfrentarlas (3)

Sí, a veces no me las arreglo (2)

No, me las arreglo bien (1)

No, las llevo bien (0)

### 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

Sí, la mayor parte del tiempo (3)

Sí, a veces (2)

No muy a menudo (1)

No, nunca (0)

### 8. Me he sentido triste o desgraciada

Sí, casi todo el tiempo (3)

Sí, bastante a menudo (2)

No muy a menudo (1)

No, nunca (0)

### 9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi todo el tiempo (3)

Sí, bastante a menudo (2)

Solo ocasionalmente (1)

No, nunca (0)

# FICHA 10 · CUESTIONARIO HABILIDADES SOCIALES — Adolescente

CPMS 96150.05 · NTS 157-2019 · Aplica en adolescentes 12-17a · 4 áreas

## Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes (MINSa)

Nombre y apellidos		DNI	Edad	Sexo
Fecha de aplicación	Curso de vida	Establecimiento		

Pregunta inicial: "Lee cada situación y marca la opción que MEJOR describa tu comportamiento HABITUAL."

### Área 1 · ASERTIVIDAD

N°	Pregunta	Nunca (1)	A veces (2)	A menudo (3)	Siempre (4)
1	Cuando alguien me ofende o me trata mal, le digo lo que siento sin temor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Defiendo mis derechos y opiniones aunque otros no estén de acuerdo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Puedo decir "NO" cuando alguien me pide algo con lo que no estoy de acuerdo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Área 2 · COMUNICACIÓN

N°	Pregunta	Nunca (1)	A veces (2)	A menudo (3)	Siempre (4)
1	Puedo expresar mis ideas con claridad ante otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Escucho con atención cuando otros me hablan, sin interrumpir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Pregunto cuando algo no me queda claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Área 3 · AUTOESTIMA

N°	Pregunta	Nunca (1)	A veces (2)	A menudo (3)	Siempre (4)
1	Me siento satisfecho(a) con la persona que soy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Reconozco mis cualidades y mis logros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Cuando me equivoco, lo acepto sin sentirme inútil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Área 4 · TOMA DE DECISIONES

N°	Pregunta	Nunca (1)	A veces (2)	A menudo (3)	Siempre (4)
1	Antes de decidir algo importante, pienso en las consecuencias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Pido consejo cuando tengo que tomar una decisión difícil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Asumo la responsabilidad de mis decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### INTERPRETACIÓN (suma de cada área 3-12):

- 3-6 puntos por área = NIVEL BAJO !' reforzar habilidad con talleres + consejería
- 7-9 puntos por área = NIVEL PROMEDIO !' mantener
- 10-12 puntos por área = NIVEL ALTO !' felicitar y reforzar

### PUNTAJES:

Asertividad: \_\_\_\_ / 12 Nivel: \_\_\_\_\_

Comunicación: \_\_\_\_ / 12 Nivel: \_\_\_\_\_

Autoestima: \_\_\_\_ / 12 Nivel: \_\_\_\_\_

Toma de decisiones: \_\_\_\_ / 12 Nivel: \_\_\_\_\_

Plan:

Firma:

# REFERENCIAS Y FUENTES OFICIALES

Todas las fichas son adaptaciones de instrumentos OMS/MINSA con códigos vigentes 2026

## Documentos normativos consultados:

- Manual de Registro y Codificación de la Atención · Salud Mental · MINSA 2021
- Resolución Ministerial 070-2017-MINSA · Guía Técnica salud mental mujeres víctimas violencia
- Resolución Ministerial 328-2019-MIMP · Ficha de Valoración del Riesgo · Anexo nuevo
- NTS 157-MINSA/DGIESP-2019 · Cuidado Integral del Adolescente
- NTS 207-MINSA/DGIESP-2023 · Cuidado Integral del Adulto Mayor
- GPC Depresión Adulto · MINSA + INS · Validación PHQ-9 en Perú (Calderón et al. 2012)
- GPC Salud Mental · MINSA · Norma Técnica 164
- AUDIT · OMS 2001 · adaptado por MINSA
- SRQ-18 · OMS 1981 · validado en Perú (Saravia 2014)
- Yesavage GDS-15 · 1986 · usado por Manual AM MINSA 2025
- Pfeiffer SPMSQ · 1975 · adaptado para AM peruano
- EPDS Edimburgo · Cox 1987 · usado en Guía Salud Materna MINSA
- Cuestionario Habilidades Sociales · MINSA 2005 actualizado 2019 (NTS 157)

## Códigos CPMS de tamizaje (resumen)

CPMS	Tamizaje	CIE-10	Instrumento
96150.01	Violencia familiar	R45.6 / T74.x	Ficha VIF + FVR
96150.02	Alcohol y drogas	Z72.1 / F10-F19	AUDIT (adulto) · CRAFFT (adolescente)
96150.03	Trastornos depresivos	Z13.3 / F32-F33	PHQ-9 (adulto) · Yesavage (AM) · EPDS (gestante)
96150.04	Psicosis	Z13.3 / F20-F29	SRQ-18 (preg 19-24)
96150.05	Habilidades sociales	Z13.3	Adolescente
96150.07	Deterioro cognitivo	Z13.4 / F03	Pfeiffer · Mini-Mental
99402.09	Consejería SM riesgos	Z71.x	Tras todo tamizaje

Cuadernillo elaborado por Personal de Salud P.S. Corral de Arena · Microred Olmos · GERESA Lambayeque. Material de uso interno basado en instrumentos validados OMS y normativa MINSA vigente 2026. Las fichas reproducen los instrumentos en su versión validada para Perú; consultar siempre la versión oficial del MINSA para uso administrativo o legal.