

DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

10 DE OCTUBRE

**“Escuchemos a las personas con experiencia
vivida: voces reales, cambio real”**



SALA SITUACIONAL DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PRIORIZADOS

Normatividad vigente

Directiva Sanitaria N° 071–MINSA/CDC–V.01. “Directiva Sanitaria para la vigilancia de problemas de la salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante encuesta poblacional”, aprobada con Resolución Ministerial N° 496-2016/MINSA (13 de julio de 2016).

Definición de Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud mental como un estado de bienestar mental, un elemento fundamental para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (1).



1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Junio 2022. [Internet]. [Citado 2023 nov 29]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Definiciones Operativas (2)

- Intento de suicidio: Conducta autoinfligida potencialmente lesiva, sin resultado fatal, con evidencia implícita o explícita de intención de provocar la propia muerte, que puede ocasionar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- Primer episodio psicótico: Aparición abrupta, por primera vez en la vida, de síntomas psicóticos de índole afectiva y cognitiva, tanto positivos como, frecuentemente, negativos.
- Episodio depresivo: Presencia, durante las últimas dos semanas, de al menos seis síntomas para un episodio depresivo moderado u ocho para uno grave, entre ellos: ánimo deprimido, pérdida de energía e interés, pérdida de confianza, culpabilidad, conducta suicida, dificultad de concentración, alteraciones psicomotrices, problemas de sueño y cambios en el apetito.

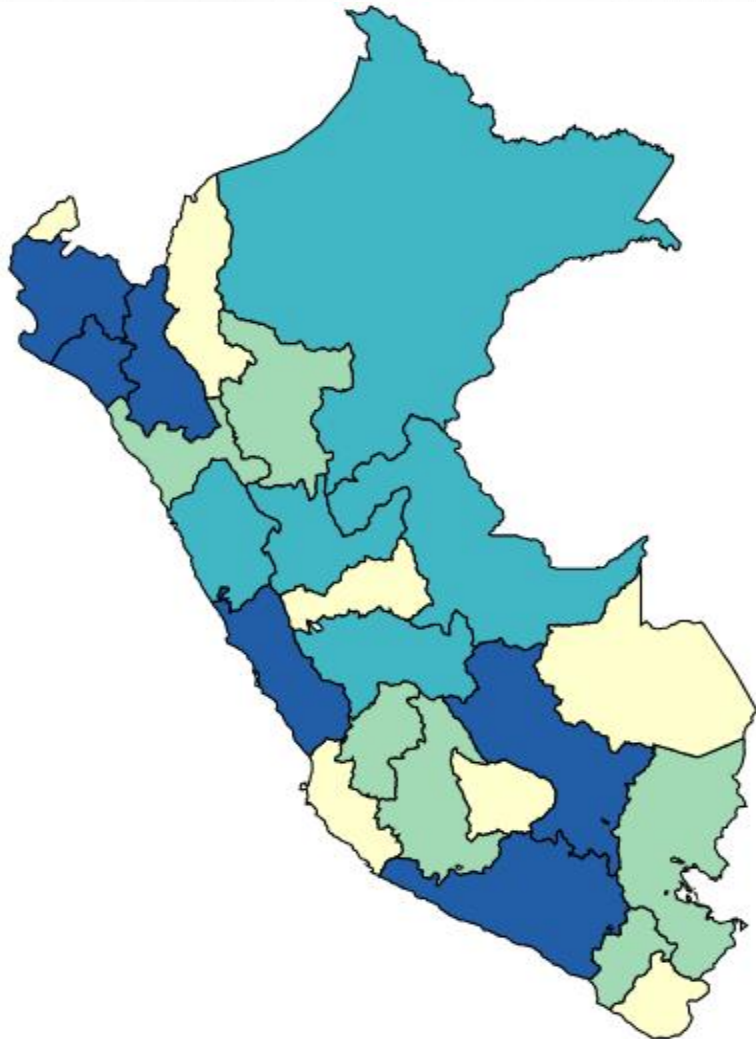


2. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria D.S. N°071-MINSA/CDC-V.01. Directiva Sanitaria para la Vigilancia de problemas priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante encuesta poblacional.

INTENTO DE SUICIDIO



CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN DEPARTAMENTO, PERÚ 2026*



Casos [1 - 43] <43 - 65] <65 - 136] <136 - más

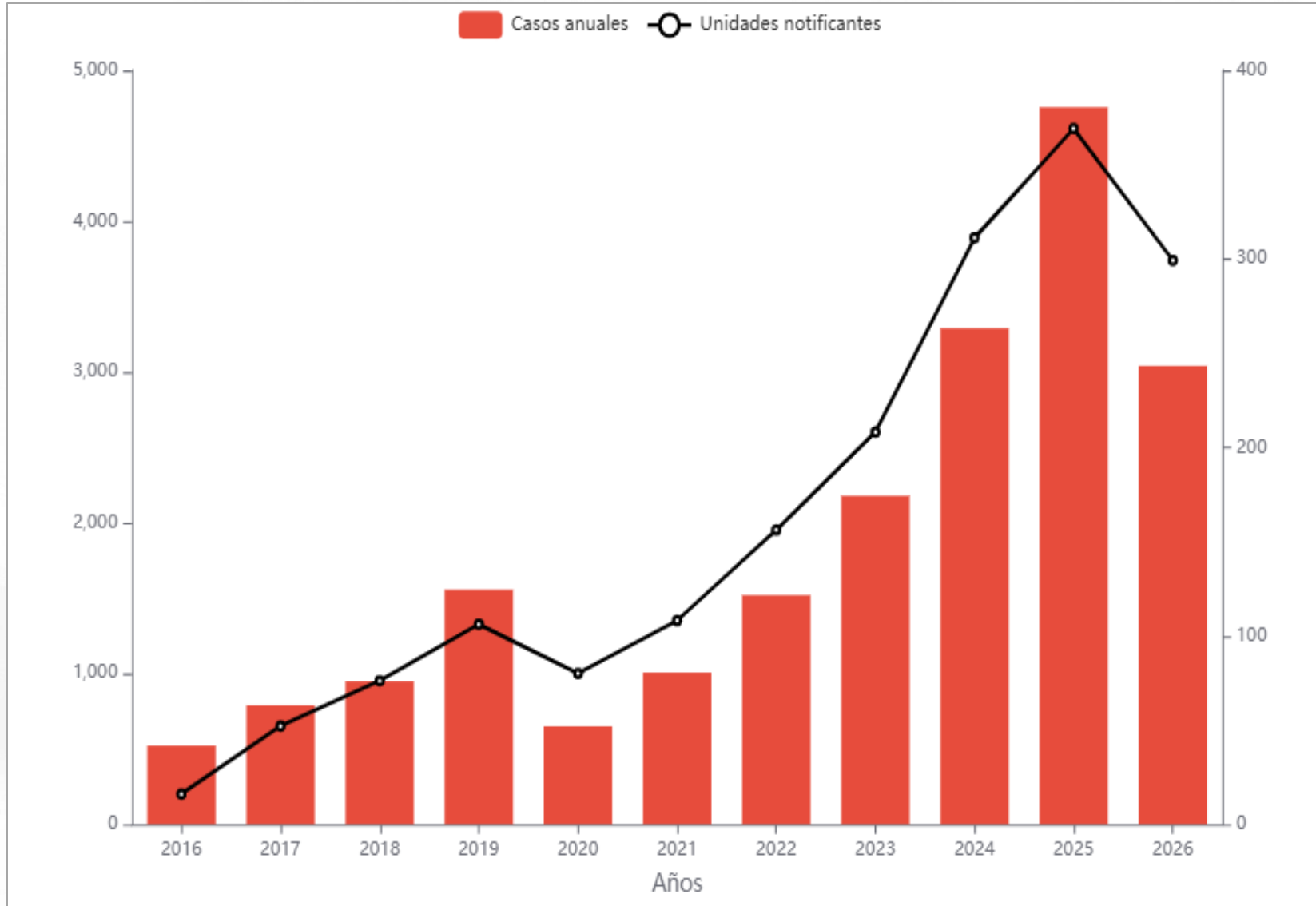
Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.

Fuente:
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.
Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI.

Departamento	2026*
Lima	1139
Cusco	233
Arequipa	179
Cajamarca	149
Lambayeque	146
Piura	144
Junín	117
Huánuco	112
Ucayali	73
Loreto	68
Áncash	68
La Libertad	65
Huancavelica	60
Puno	58
Ayacucho	56
Moquegua	55
San Martín	48
Pasco	43
Amazonas	36
Ica	24
Apurímac	14
Tacna	13
Madre de Dios	2
Tumbes	1

Elaboración: Área de Vigilancia Epidemiológica HRM. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.

TENDENCIA ANUAL DE CASOS DE INTENTO SUICIDA, PERÚ 2016 - 2026*



Fuente y elaboración: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.

Se observa un incremento de casos notificados a partir del 2016 hasta el 2019, con marcada disminución en la notificación para el 2020, probablemente asociado a la pandemia de COVID-19.

Además, se registró un incremento de casos notificados a partir del 2021, esto sería debido al incremento en el número de unidades notificantes y al proceso gradual de implementación del sistema de vigilancia epidemiológica.

TASA DE INCIDENCIA DE CASOS NOTIFICADOS DE INTENTO SUICIDA, MOQUEGUA 2026*

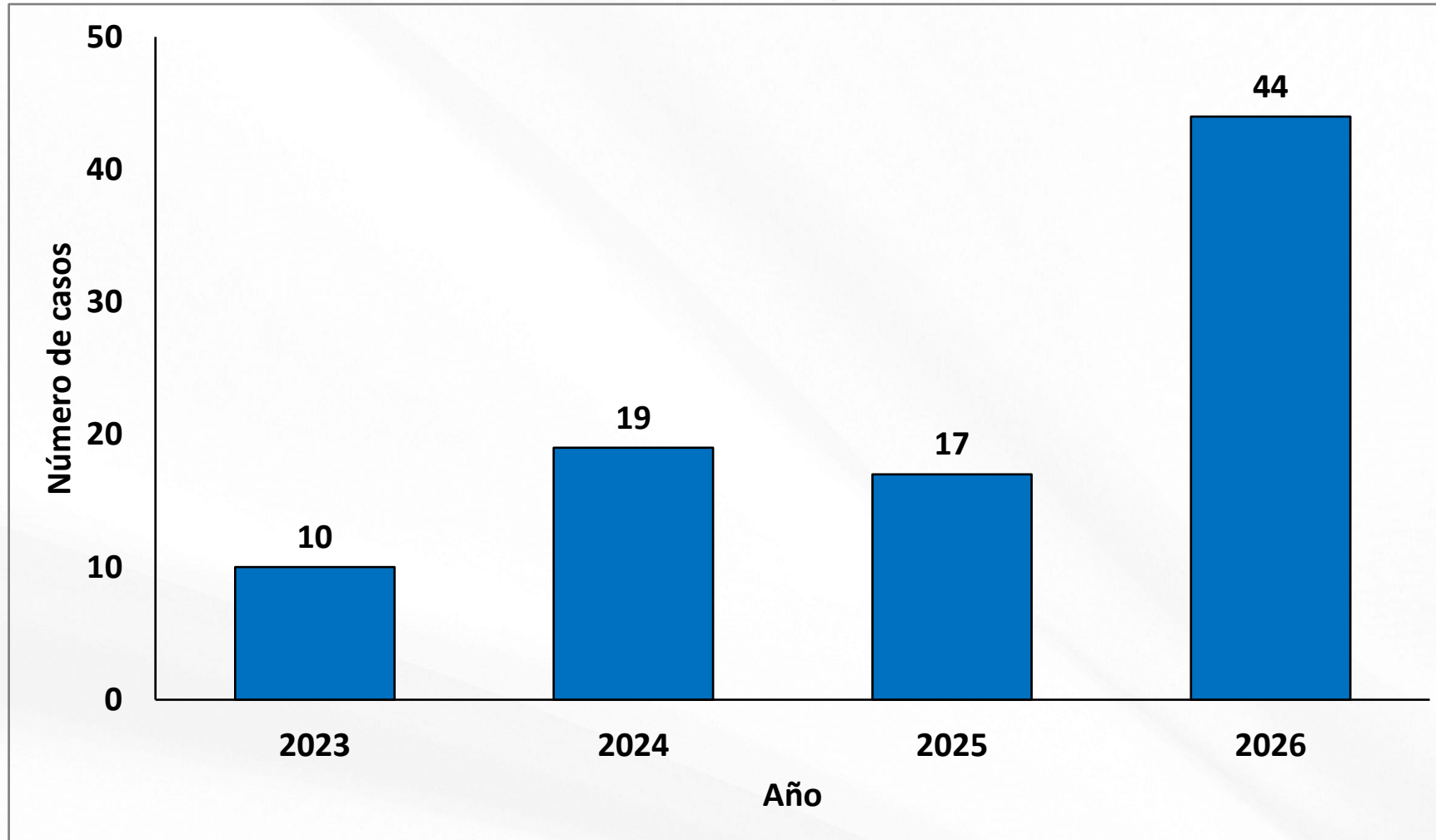


Provincia	Casos	Población	Tasa de incidencia × 100 000 hab.
Mariscal Nieto	40	102,038	39,20
Ilo	15	90,601	16,56
General Sánchez Cerro	00	12,103	0,00

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.
Elaboración: Área de Vigilancia Epidemiológica HRM.

Hasta el período evaluado del año 2026, la provincia de Mariscal Nieto concentró la mayor incidencia de intentos de suicidio, con 39,20 casos nuevos por cada 100 000 habitantes, seguida de Ilo, con 16,56. En General Sánchez Cerro no se notificaron casos nuevos.

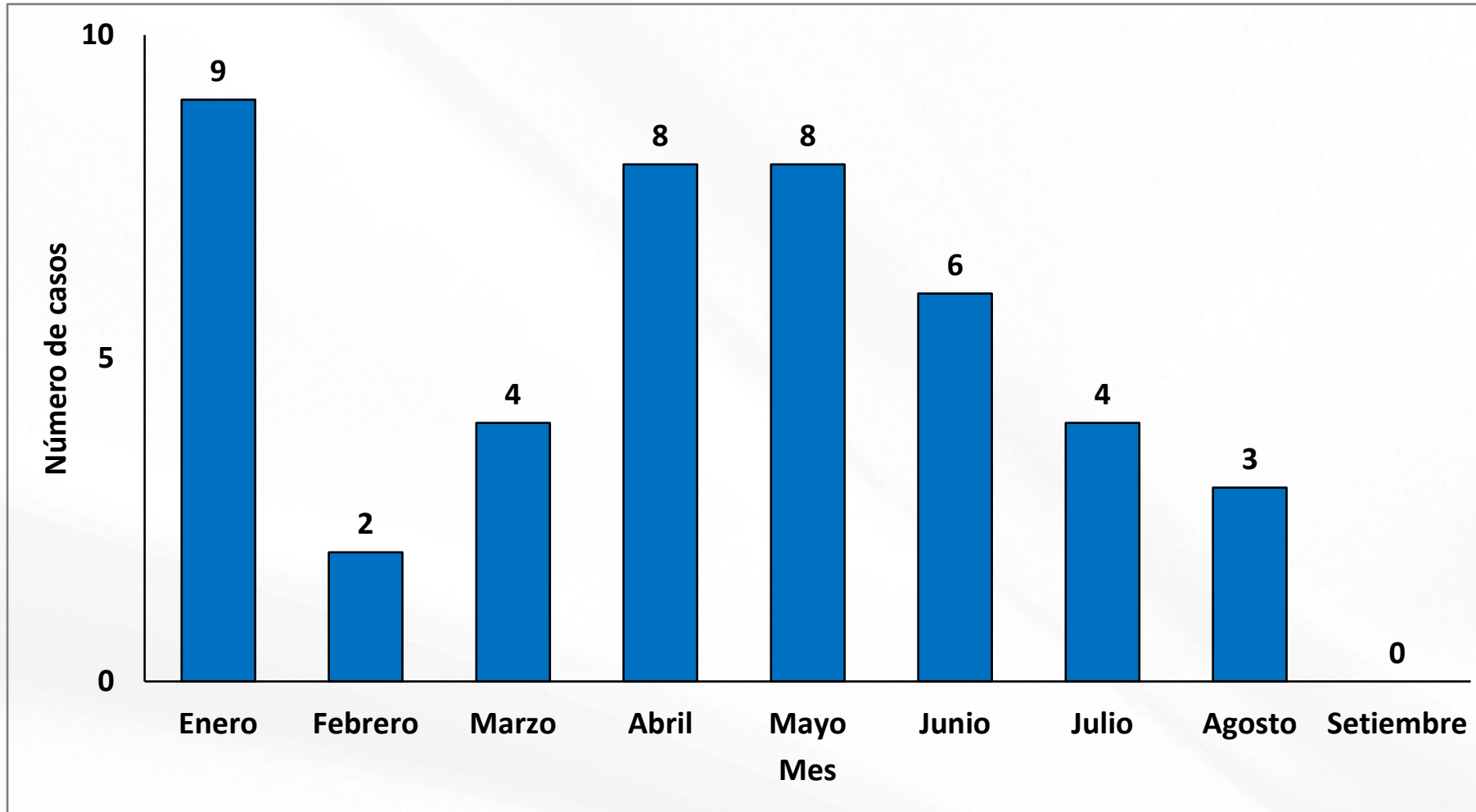
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE INTENTO SUICIDA POR AÑO, HRM 2026*



Hasta la semana epidemiológica (SE) 35 del presente año, se han registrado 44 casos de intento de suicidio, constituyéndose en el **año con mayor número de casos registrados** en los últimos cuatro años.

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

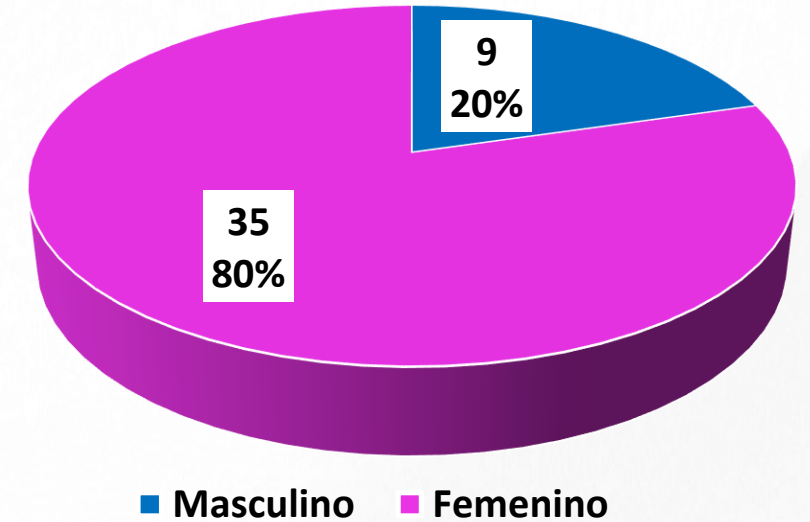
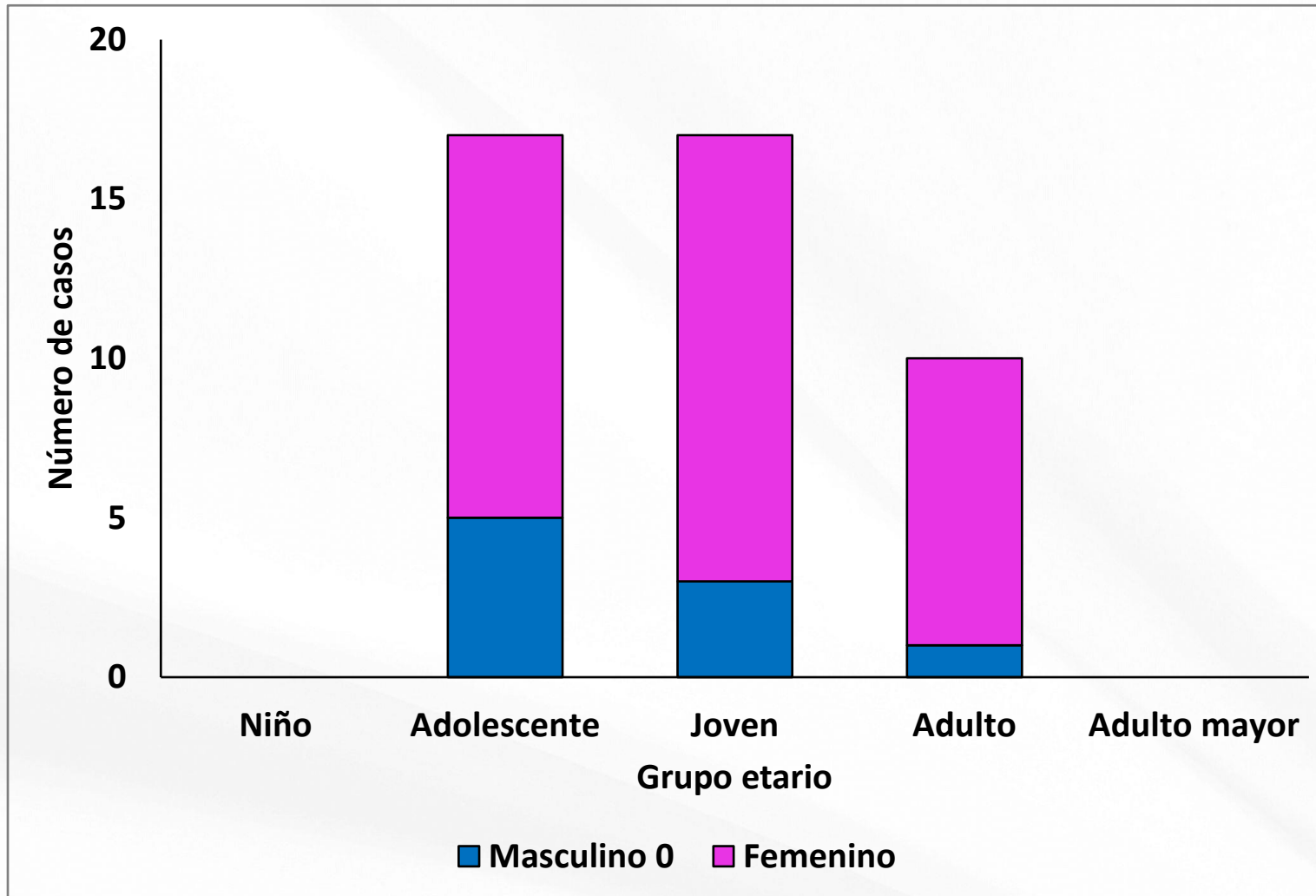
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE INTENTO SUICIDA POR MES, HRM 2026*



Hasta la semana epidemiológica (SE) 35 del presente año, se han registrado 44 casos de intento de suicidio, siendo enero el mes con mayor número de casos, seguido de abril y mayo.

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

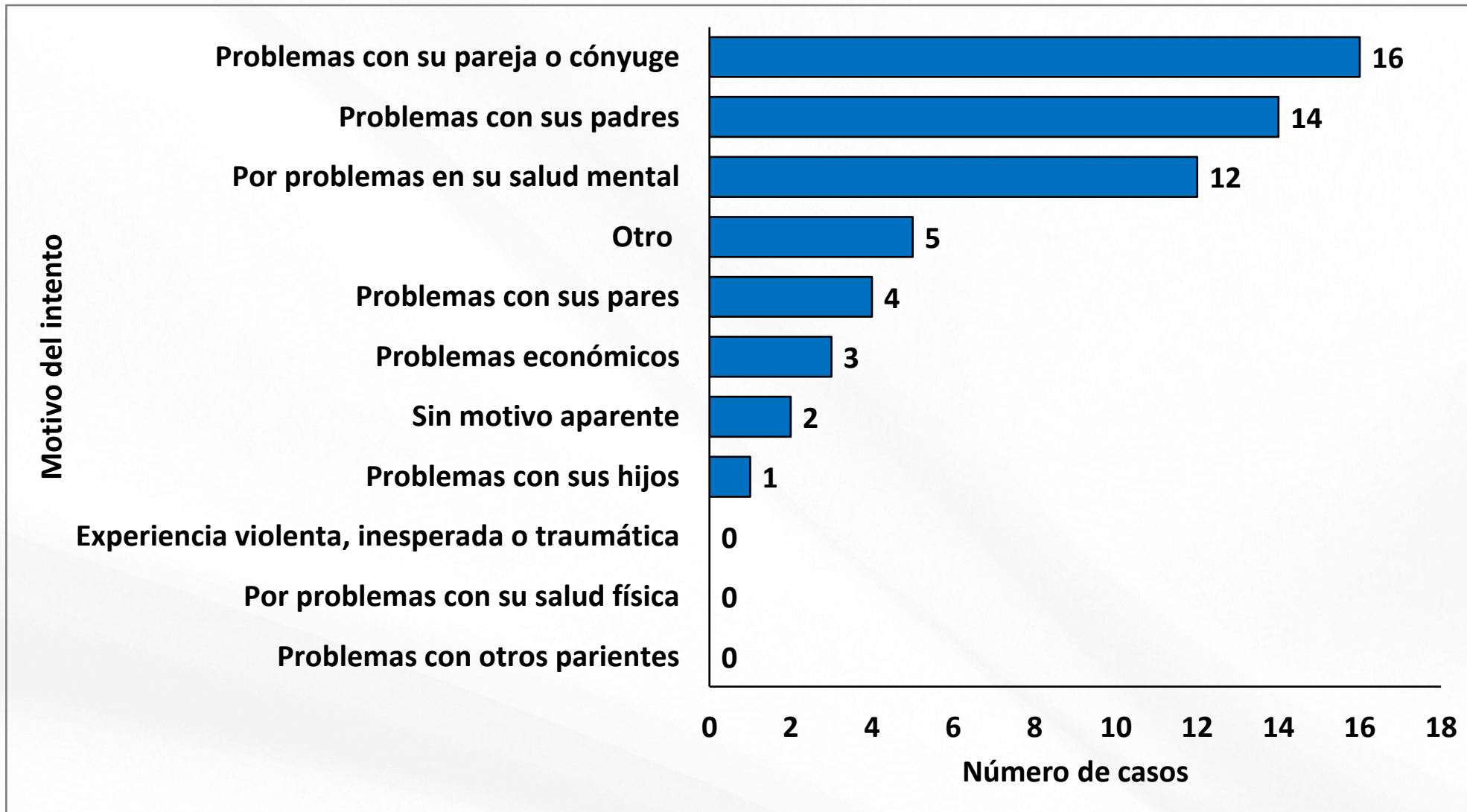
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE INTENTO SUICIDA POR GRUPO ETARIO Y SEXO, HRM 2026*



*La mayor carga de intentos de suicidio se concentra en el **sexo femenino** (80%), principalmente en **jóvenes** (43%), seguido de adolescentes y adultos (27% cada uno).*

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR MOTIVO DEL INTENTO, HRM 2026*

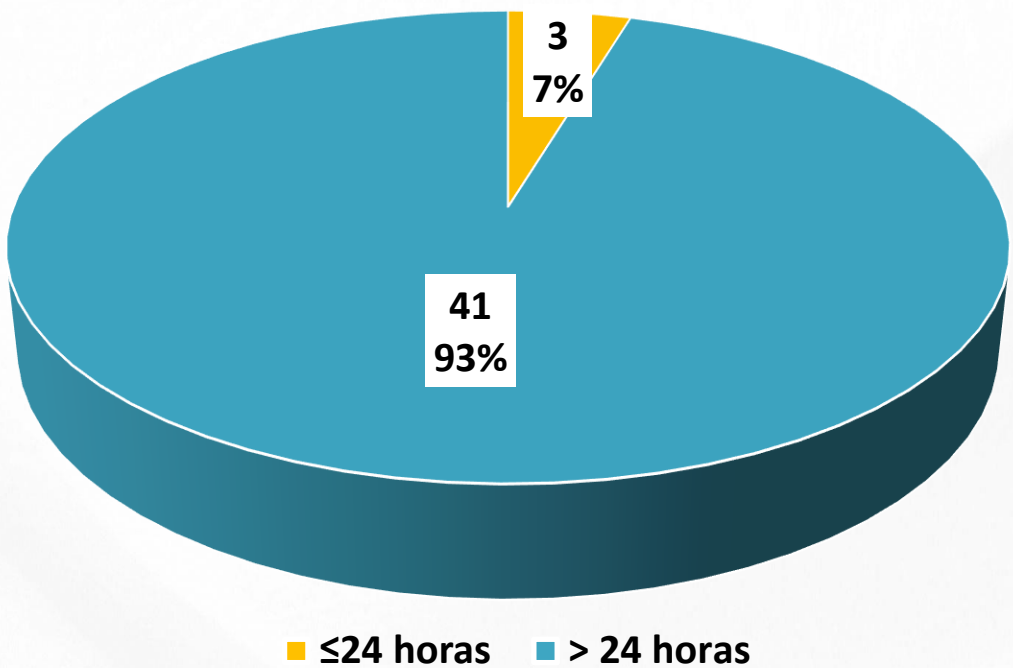


Los problemas con la pareja o cónyuge constituyeron el principal motivo asociado al intento de suicidio (16 casos), seguidos de los problemas con los padres (14) y los relacionados con la salud mental (12).

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR CONDICIÓN DE EGRESO Y ESTANCIA HOSPITALARIA, HRM 2026*

Condición de egreso	N° casos	%
Alta médica	37	84
Alta voluntaria	7	16
Referido	0	0
Fallecido	0	0
Total	44	100



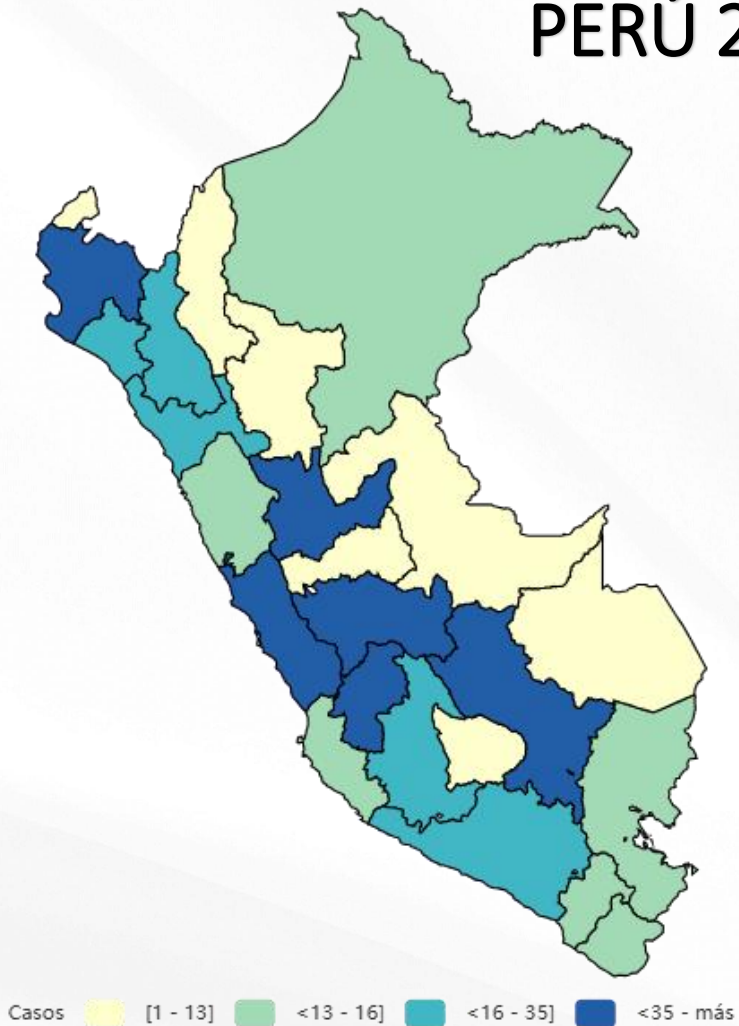
Hasta la SE 35 del presente año, del total de casos registrados, la mayoría presentó una estancia hospitalaria >24 horas y egresó en condición de alta médica.

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

PRIMER EPISODIO PSICÓTICO



CASOS DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO POR DEPARTAMENTO, PERÚ 2026*



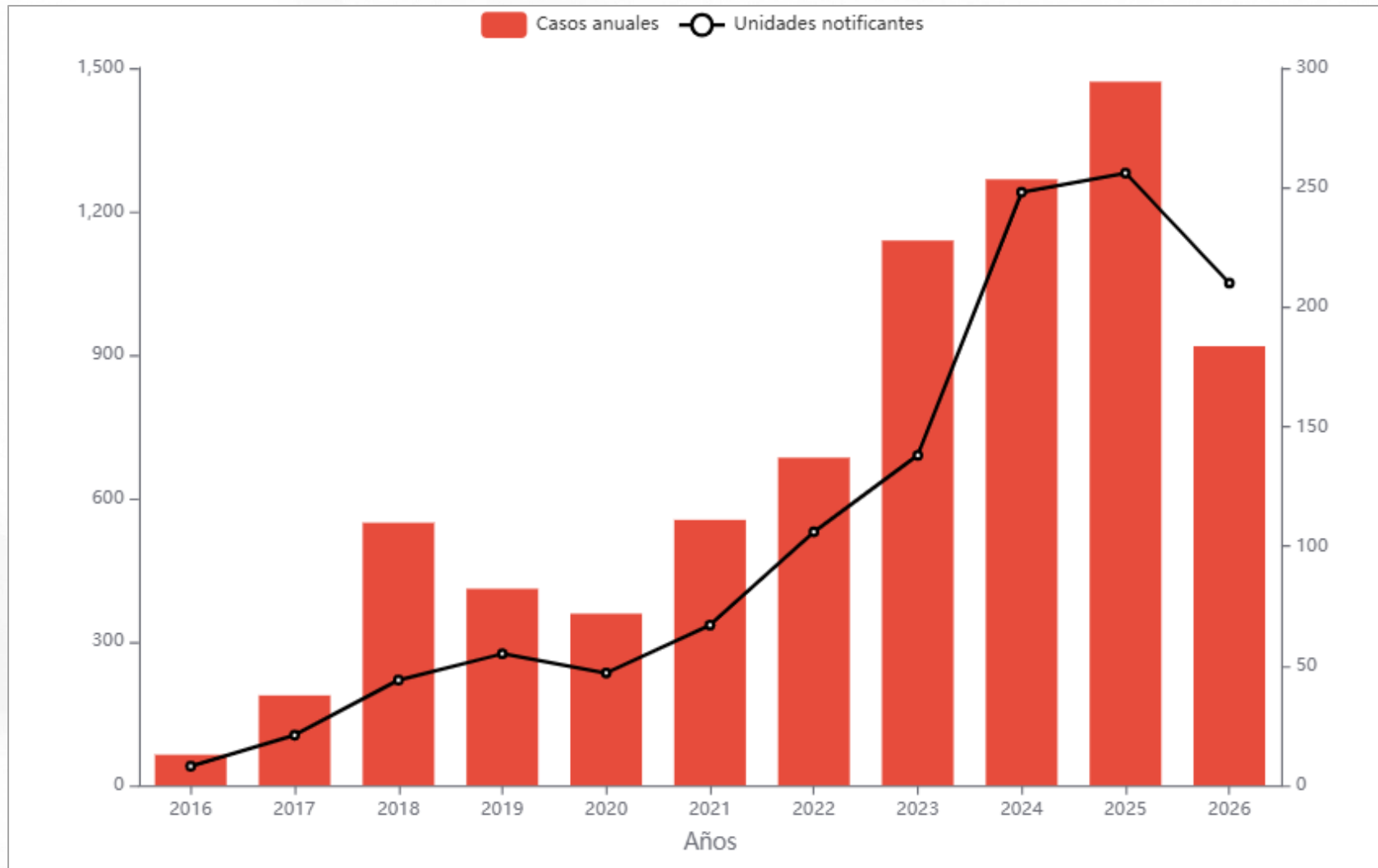
Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.

Fuente:
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.
Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI.

Departamento	2026*
Lima	249
Huánuco	102
Cusco	90
Huancavelica	65
Piura	60
Junín	45
La Libertad	35
Cajamarca	34
Arequipa	28
Ayacucho	19
Lambayeque	17
Loreto	16
Áncash	16
Puno	15
Moquegua	15
Ica	14
Tacna	14
Ucayali	13
Pasco	12
Amazonas	12
Apurímac	11
San Martín	6
Tumbes	6
Madre de Dios	1

Elaboración: Área de Vigilancia Epidemiológica HRM. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.

TENDENCIA ANUAL DE CASOS DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO, PERÚ 2016 - 2026*



Se observa un incremento de casos notificados a partir del 2016 hasta el 2018, con marcada disminución en la notificación para el 2019 y el 2020, probablemente asociado a la pandemia de COVID-19. Se registró un incremento de casos notificados a partir del 2021, esto debido al incremento en el número de unidades notificantes y al proceso gradual de implementación del sistema de vigilancia epidemiológica.

Fuente y elaboración: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.

TASA DE INCIDENCIA DE CASOS DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO, MOQUEGUA 2026*

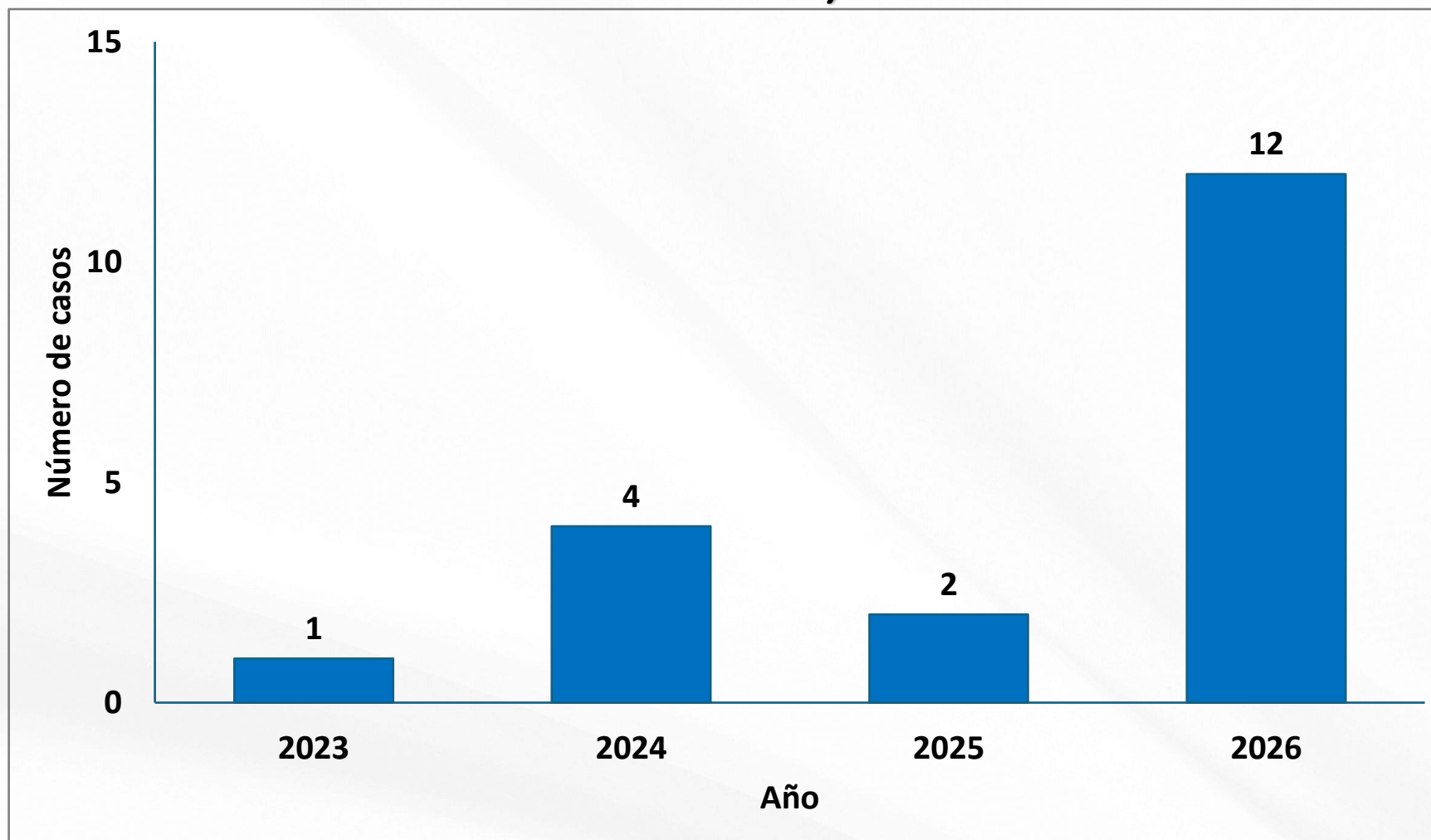


Provincia	Casos	Población	Tasa de incidencia × 100 000 hab.
Mariscal Nieto	13	102,038	12,74
Ilo	01	90,601	1,10
General Sánchez Cerro	01	12,103	8,26

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.
Elaboración: Área de Vigilancia Epidemiológica HRM.

Durante el año 2026, la provincia de Mariscal Nieto registró la mayor tasa de incidencia de primeros episodios psicóticos, con 12,74 casos por cada 100 000 habitantes, seguida de General Sánchez Cerro, con 8,26, e Ilo, con 1,10. Esta variación se explica, en parte, por la relación entre el número de casos nuevos registrados y la población estimada de cada provincia; por ello, General Sánchez Cerro presenta una tasa relativamente elevada pese a registrar un solo caso, debido a su menor población.

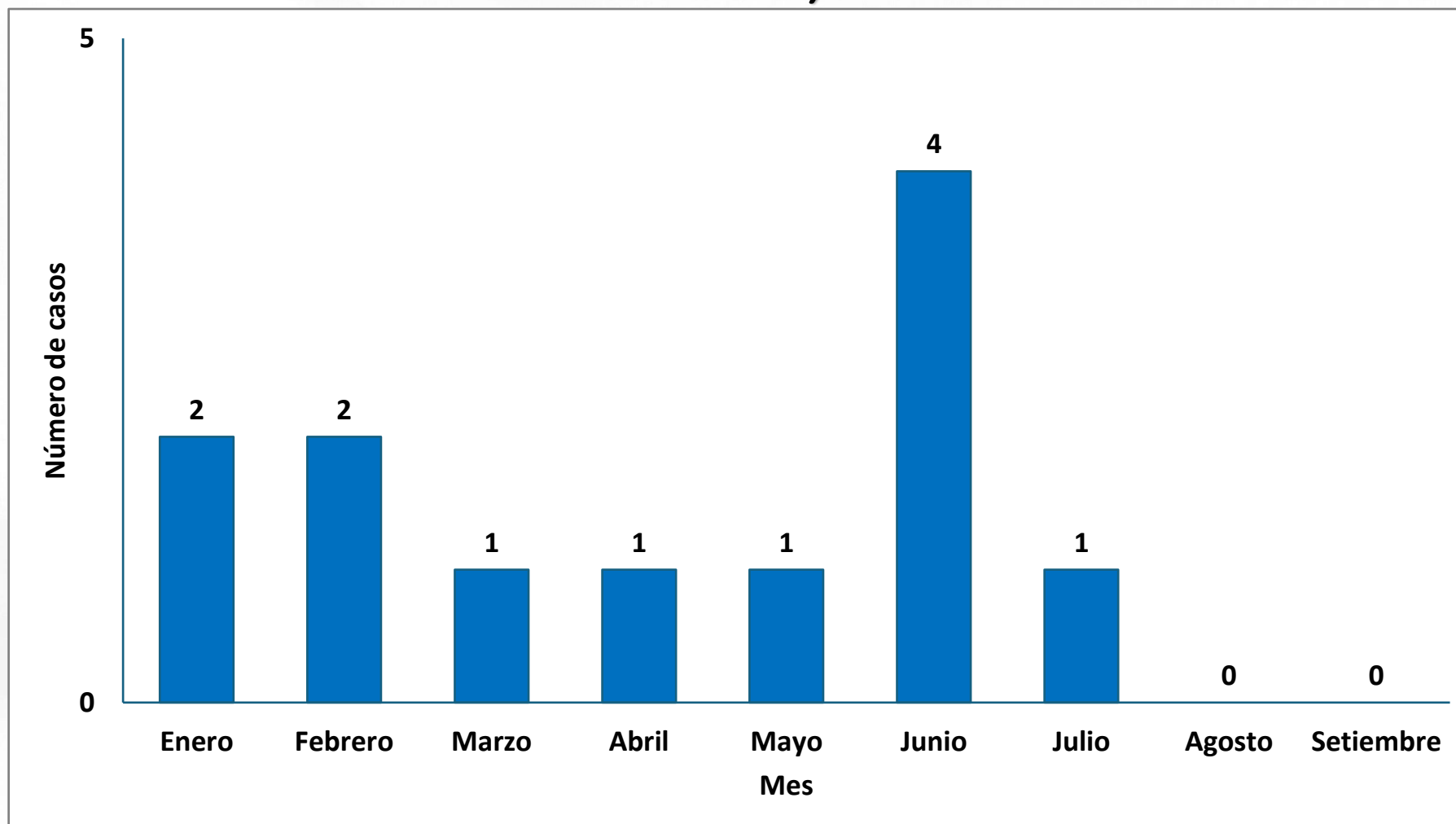
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO POR AÑO, HRM 2026*



Hasta la semana epidemiológica (SE) 35 del presente año, se han registrado 12 casos de primer episodio psicótico, constituyéndose en el año con mayor número de casos registrados en los últimos cuatro años.

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

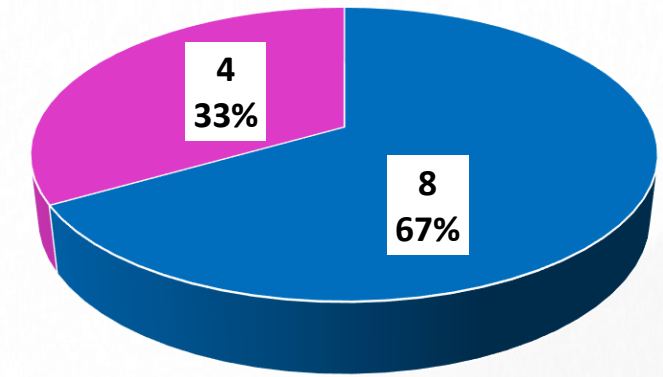
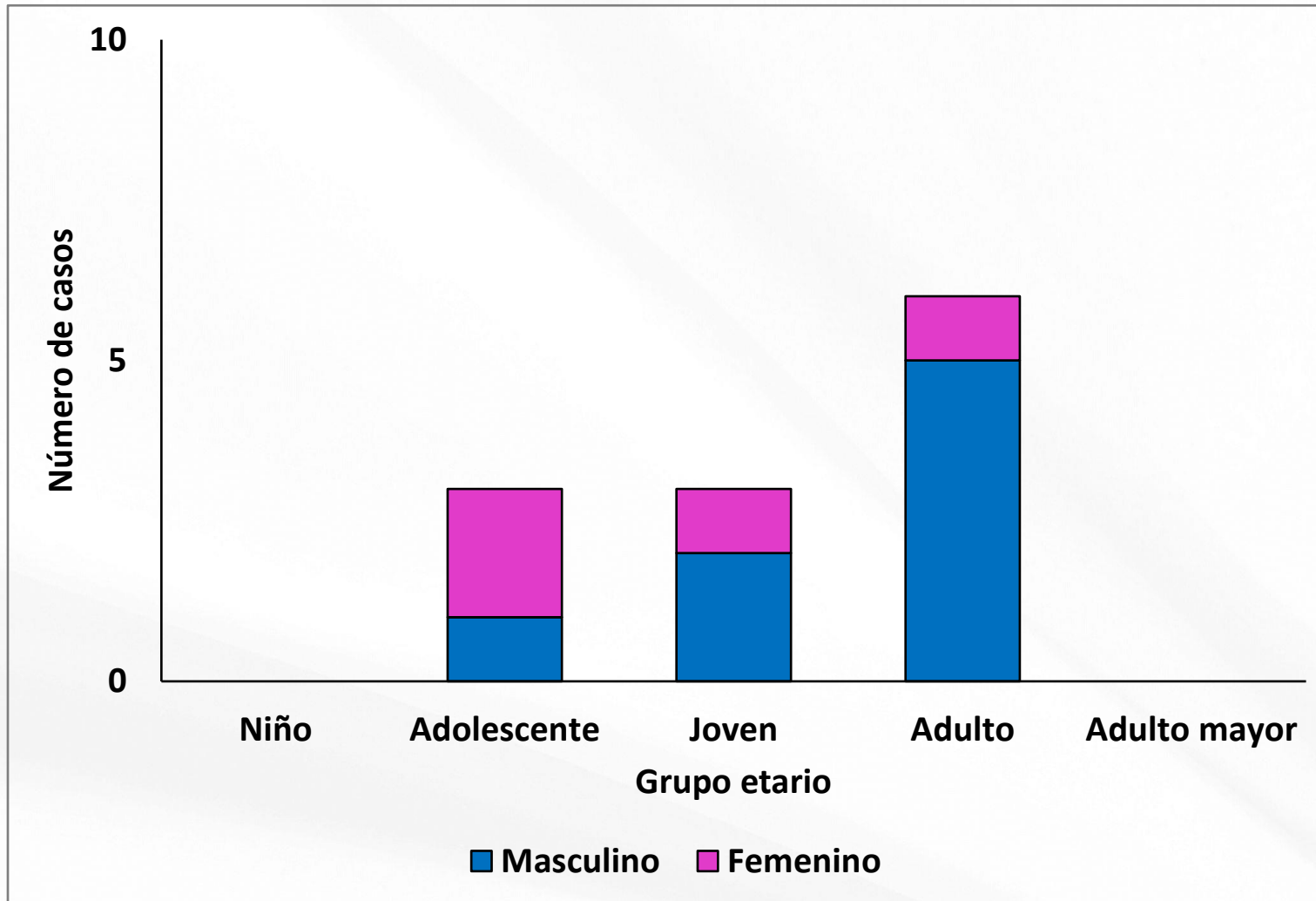
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO POR MES, HRM 2026*



*Hasta la semana epidemiológica (SE) 35 del presente año, se han registrado 12 casos de primer episodio psicótico, siendo **junio** el mes con mayor número de casos.*

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO POR GRUPO ETARIO Y SEXO, HRM 2026*

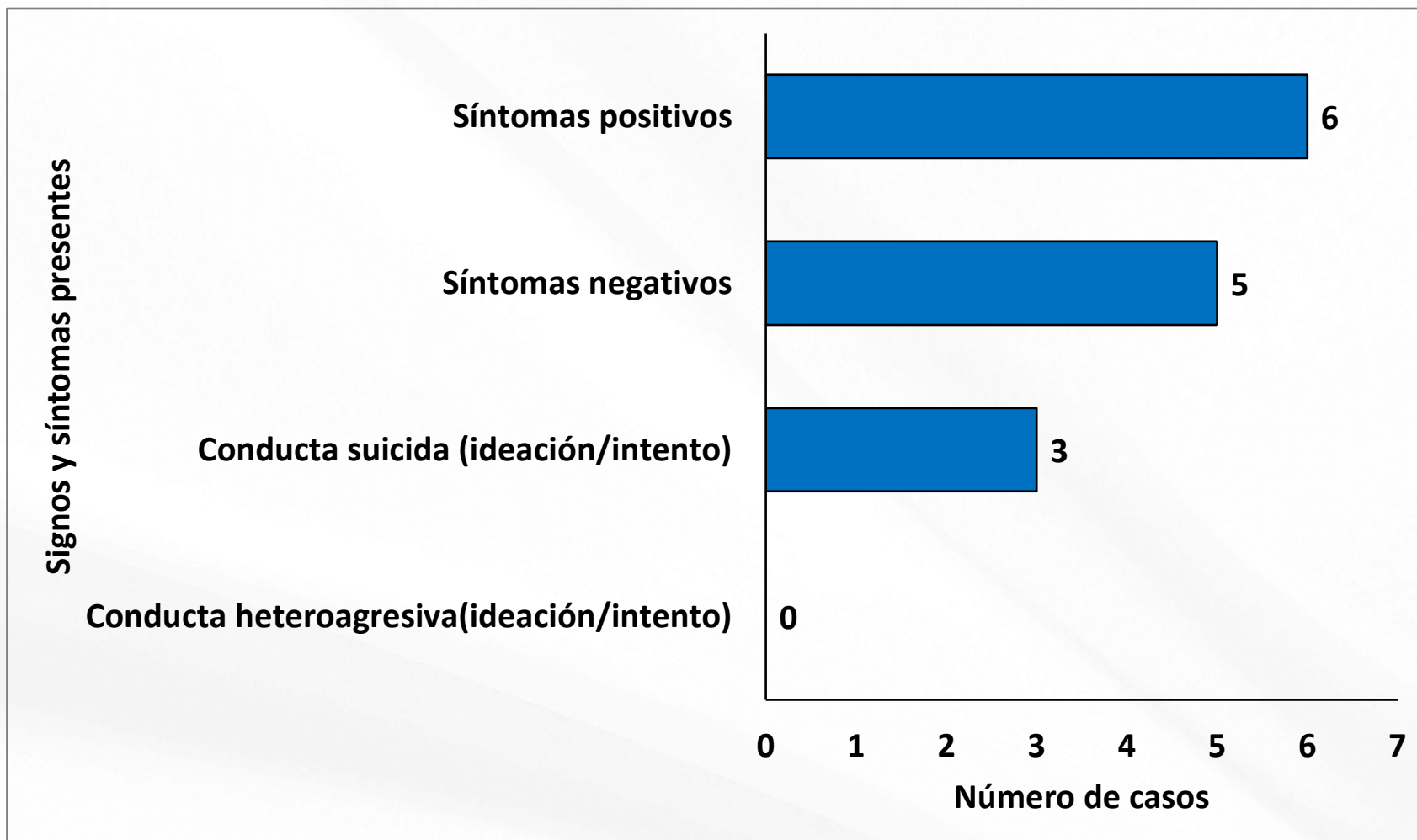


■ Masculino ■ Femenino

*La mayor carga de primer episodio psicótico se concentra en el **sexo masculino** (67%), principalmente en **adultos** (50%).*

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

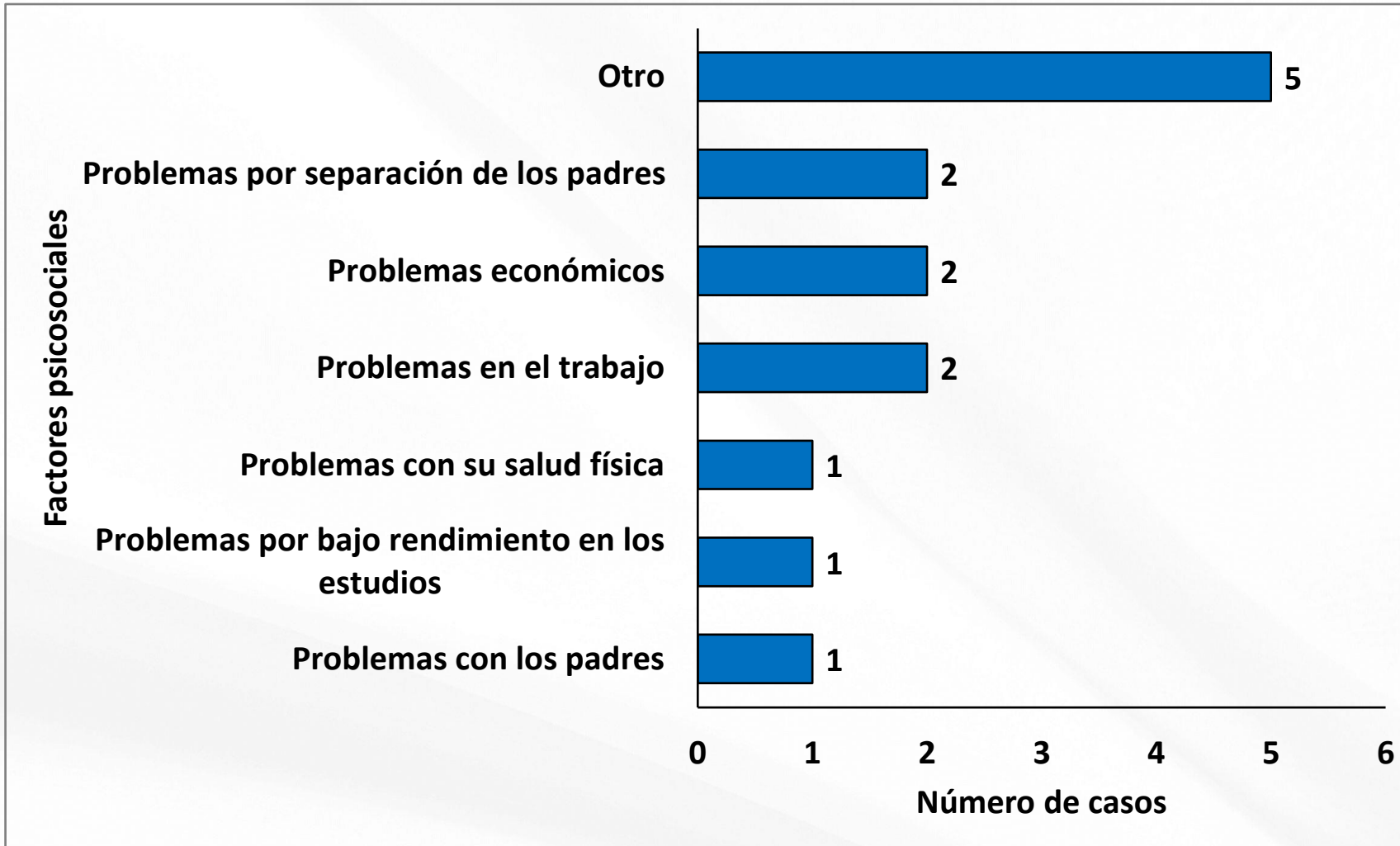
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO POR SIGNOS Y SÍNTOMAS PRESENTES, HRM 2026*



Los síntomas positivos fueron la manifestación clínica más frecuente asociada al primer episodio psicótico, registrándose 06 casos.

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO POR FACTORES PSICOSOCIALES, HRM 2026*



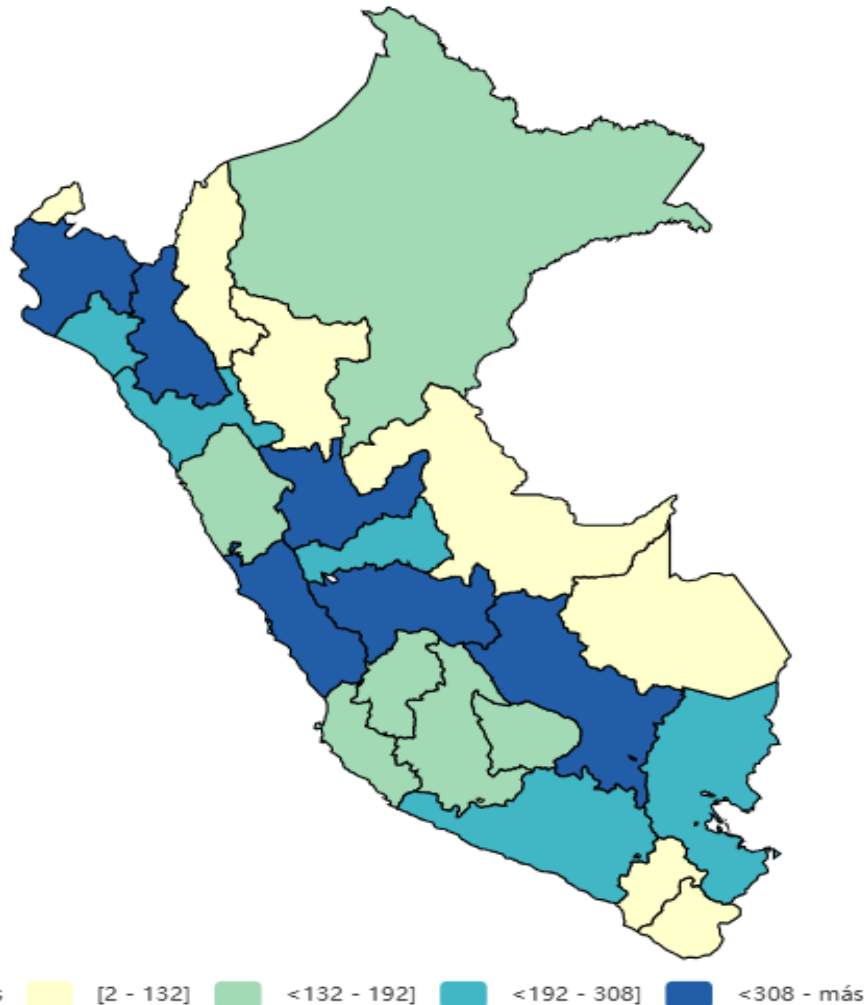
La categoría Otros (abandono social, situaciones estresantes, etc.) constituyó el principal factor psicosocial asociado al primer episodio psicótico (05 casos).

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.



EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE

CASOS DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE POR DEPARTAMENTO, PERÚ 2026*



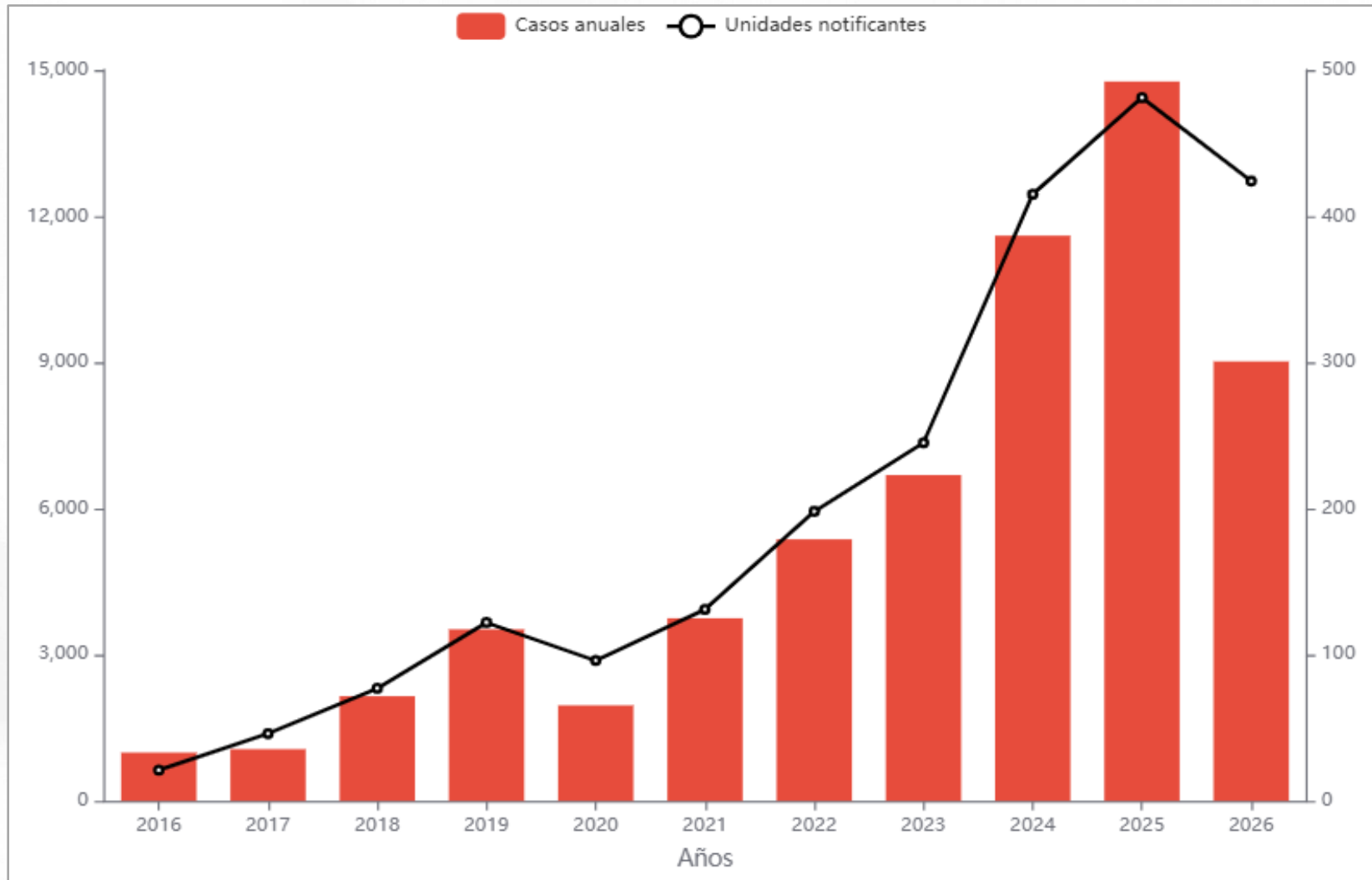
Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.

Fuente:
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.
Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI.

Departamento	2026*
Lima	3559
Cusco	597
Huánuco	545
Piura	448
Junín	425
Cajamarca	321
Puno	299
Arequipa	297
La Libertad	279
Lambayeque	253
Pasco	223
Huancavelica	192
Ica	175
Ayacucho	167
Apurímac	156
Loreto	146
Áncash	143
Tacna	132
Amazonas	131
Moquegua	119
Ucayali	72
San Martín	25
Tumbes	4
Madre de Dios	2

Elaboración: Área de Vigilancia Epidemiológica HRM. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.

TENDENCIA ANUAL DE CASOS DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE, PERÚ 2016 - 2026*



Se observa un incremento de casos notificados entre 2016 y 2019, seguido de una disminución marcada en 2020, probablemente asociada a la pandemia por COVID-19. Desde 2021, las notificaciones muestran una recuperación progresiva, posiblemente relacionada con el aumento de unidades notificantes y el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica.

Fuente y elaboración: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.

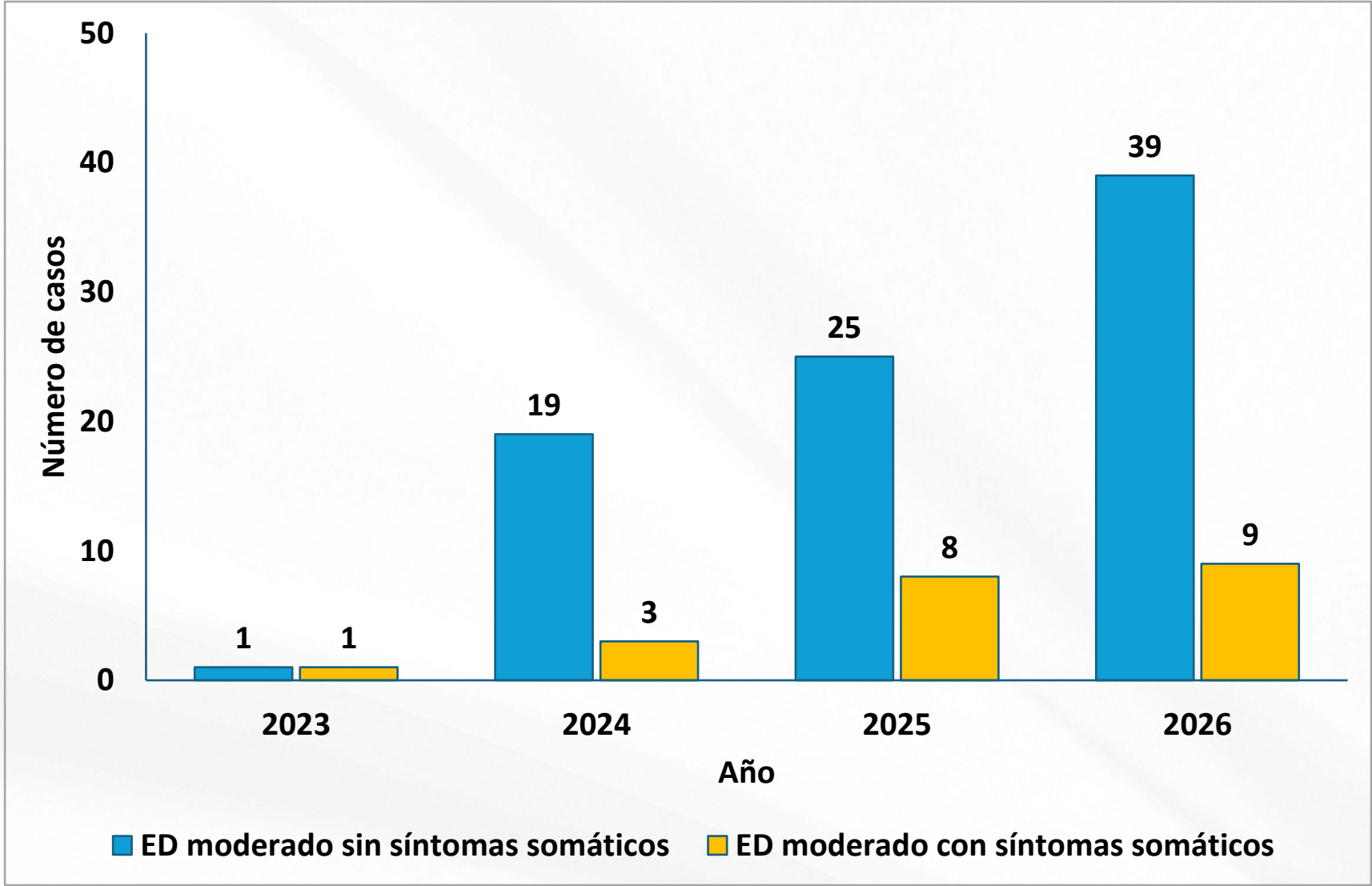
TASA DE INCIDENCIA DE CASOS DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE, MOQUEGUA 2026*

Provincia	Casos	Población	Tasa de incidencia × 100 000 hab.
Mariscal Nieto	91	102,038	89,18
Ilo	21	90,601	23,18
General Sánchez Cerro	07	12,103	57,84

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta el 31 de agosto del 2026.
Elaboración: Área de Vigilancia Epidemiológica HRM.

Durante el año 2026, la provincia de Mariscal Nieto registró la mayor tasa de incidencia de episodios depresivos (moderado y grave), con 89,18 casos por cada 100 000 habitantes. Estos resultados evidencian una mayor incidencia notificada en Mariscal Nieto, por lo que es importante fortalecer la detección, notificación y seguimiento de los casos, así como las acciones de prevención y atención en salud mental en el ámbito provincial.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO, HRM 2026*

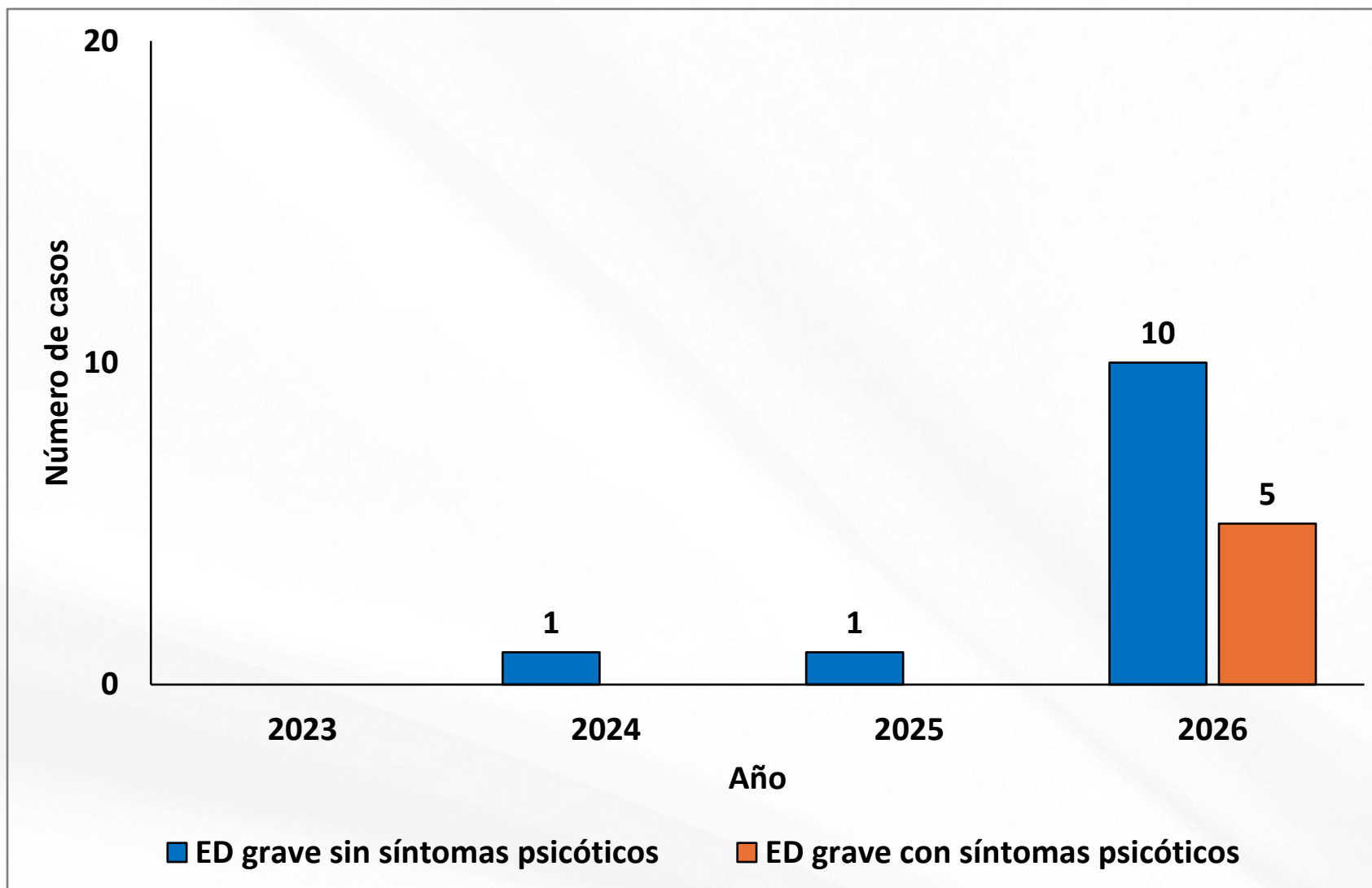


Hasta la semana epidemiológica (SE) 35 del presente año, se han registrado 39 casos de episodio depresivo (ED) moderado sin síntomas somáticos y 09 casos de ED moderado con síntomas somáticos, haciendo un total de 48 casos. Esta cifra constituye el mayor número de casos registrados en los últimos cuatro años.

Este incremento estaría relacionado con una mejora en la captación y notificación de los casos atendidos en el Hospital Regional Moquegua (HRM).

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE EPISODIO DEPRESIVO GRAVE, HRM 2026*

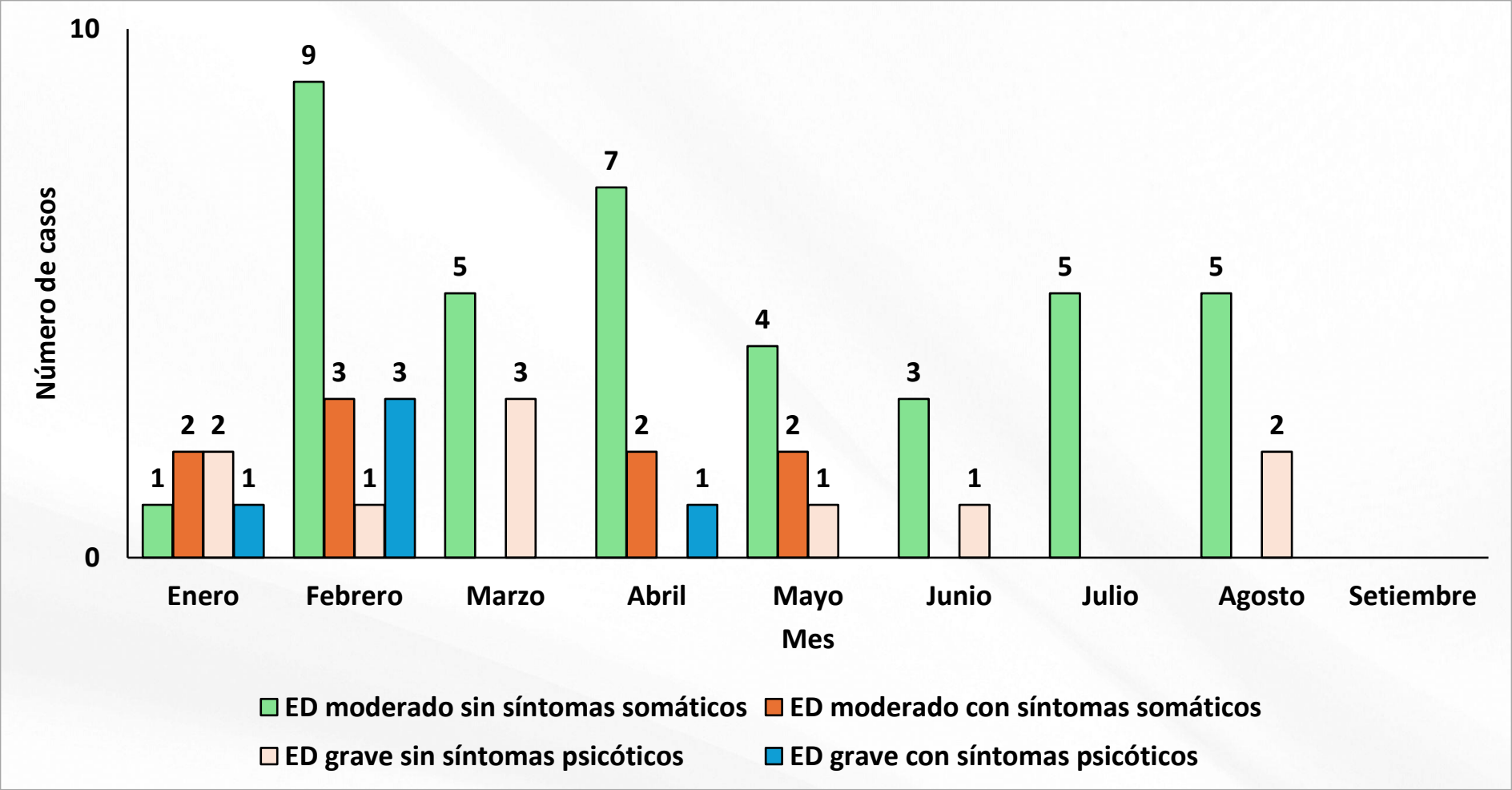


Hasta la semana epidemiológica (SE) 35 del presente año, se han registrado 10 casos de episodio depresivo (ED) grave sin síntomas psicóticos y 05 casos de ED grave con síntomas psicóticos, haciendo un total de 15 casos. Esta cifra constituye el mayor número de casos registrados en los últimos cuatro años.

Este incremento estaría relacionado con una mejora en la captación y notificación de los casos atendidos en el Hospital Regional Moquegua (HRM).

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE POR MES, HRM 2026*

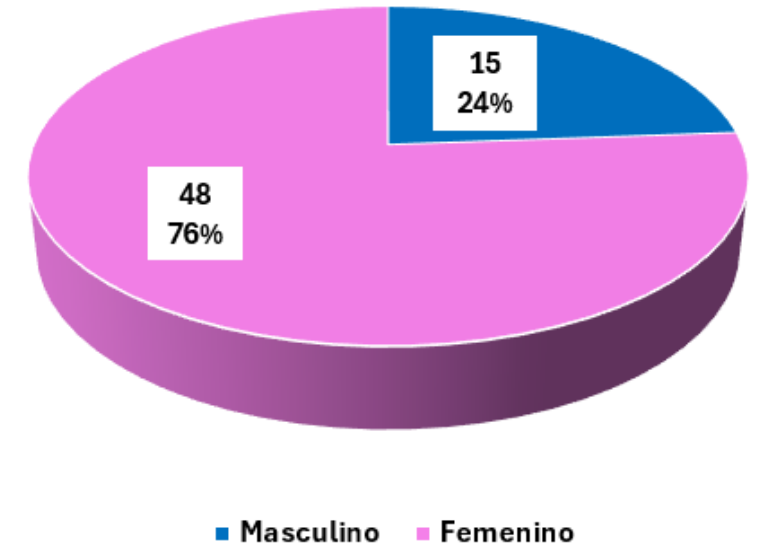
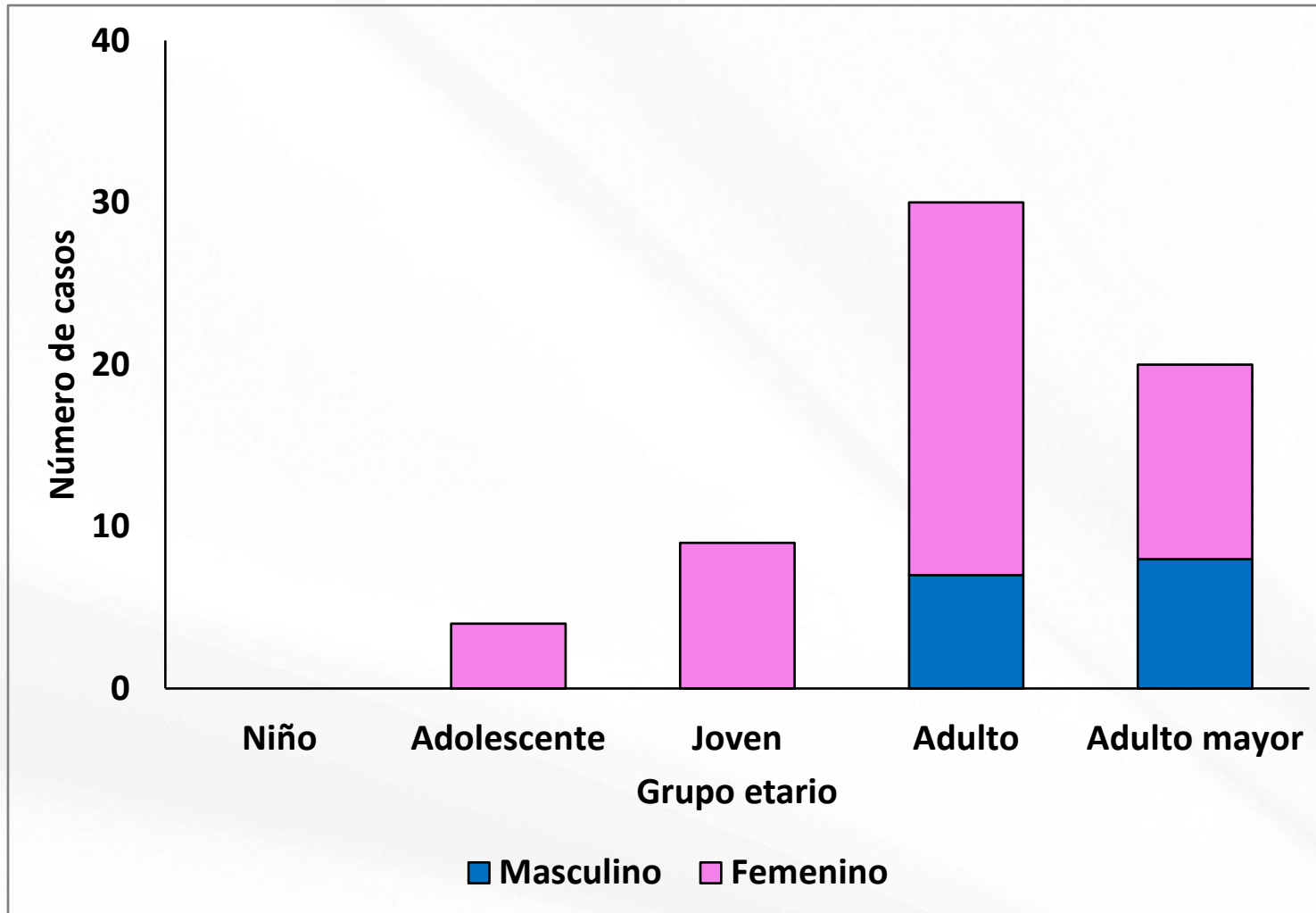


Hasta la semana epidemiológica (SE) 35 del presente año, se han registrado 48 casos de episodio depresivo (ED) moderado y 15 casos de episodio depresivo grave, siendo los meses con mayor incidencia los siguientes:

- Febrero el mes con mayor número de casos de ED moderado y con mayor número de casos de ED grave con síntomas psicóticos.
- Marzo el mes con mayor número de casos de ED grave sin síntomas psicóticos.

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

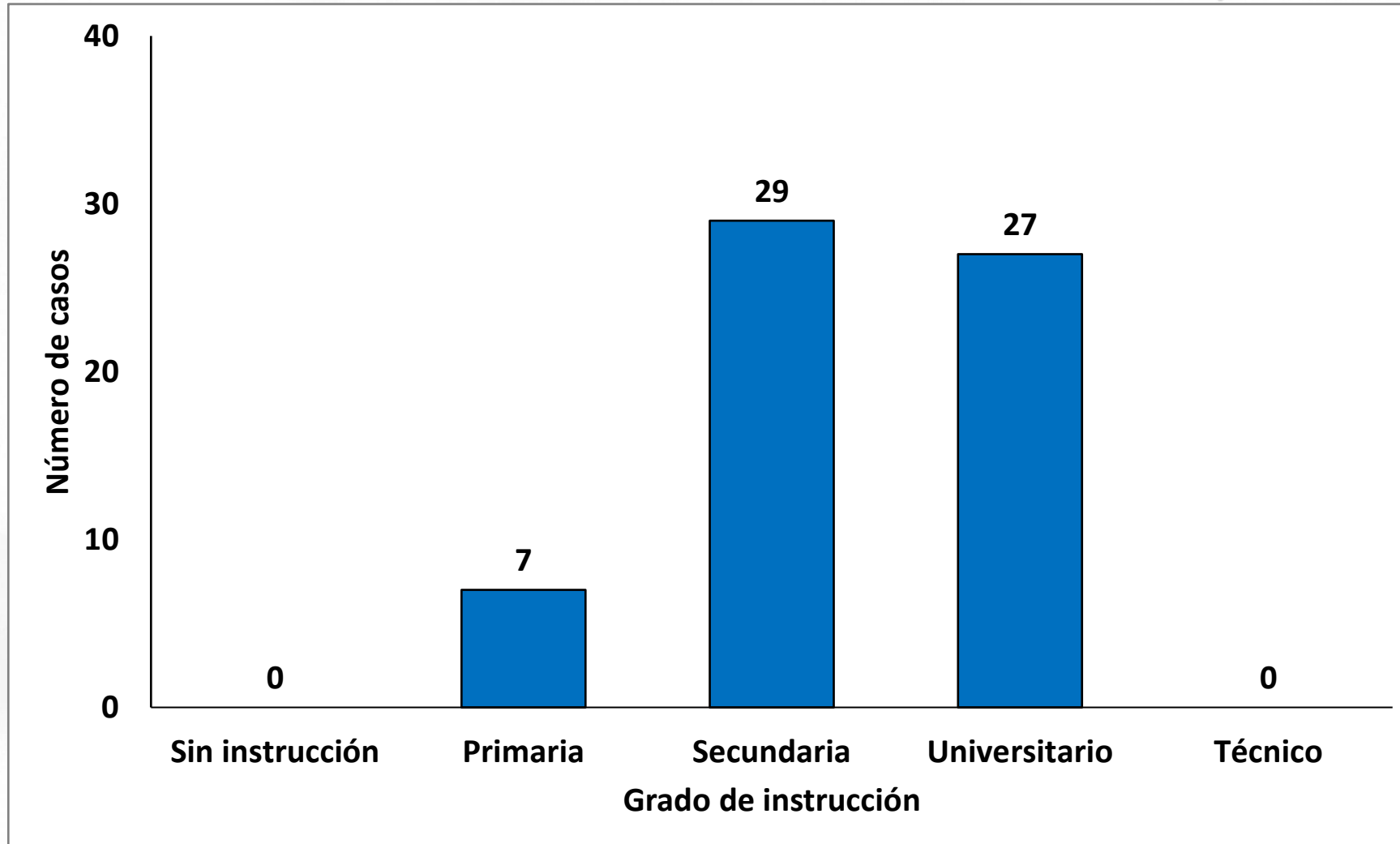
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE POR GRUPO ETARIO Y SEXO, HRM 2026*



Del total de casos de episodio depresivo moderado y grave analizados, el 76% correspondió al sexo femenino. Según la etapa de vida, predominaron los adultos (48%).

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE POR GRADO DE INSTRUCCIÓN, HRM 2026*



Los casos de episodio depresivo moderado y grave se presentaron principalmente en pacientes con **grado de instrucción secundaria**, quienes representaron el 46% (29 casos), seguido del **grado de instrucción universitario**, 43% (27 casos), del total registrado.

Fuente: Aplicativo Vigilancia de Salud Mental – CDC MINSA. (*) Hasta la SE 35 – 2026.

En el marco de la **Directiva Sanitaria N° 071-MINSA/CDC-V.01 "Directiva Sanitaria para la vigilancia de problemas de la Salud Mental priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante encuesta nacional"**, en el Hospital Regional Moquegua se desarrolla la identificación, registro, notificación y análisis sistemático de los casos de intento de suicidio, primer episodio psicótico y episodio depresivo (moderado y grave) atendidos en el establecimiento.



MINISTERIO DE SALUD No. 496-2016-MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 13 de Julio del 2016

Visto el Expediente N° 15-007485-001, que contiene la Nota Informativa N° 026-2016-DGE-DVE-JVSP/MINSA y el Memorando N° 0261-2016-DGE-DVE-JVSP/MINSA, de la Dirección General de Epidemiología, hoy del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, conforme a lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 191-2016/MINSA;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los numerales 1) y 5) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud establecen que el Ministerio de Salud es competente en salud de la personas, así como en inteligencia sanitaria;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tiene impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, asimismo, los literales a) y b) del artículo 5 de la precitada Ley señala que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, entre otros;

Que, el artículo 126 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA dispone que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades es el órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, responsable de gestionar los procesos de prevención y control de enfermedades de importancia sanitaria nacional e internacional. Incluye la gestión de las acciones de vigilancia epidemiológica, inteligencia sanitaria, salud global y respuesta rápida en brotes, epidemias, desastres y emergencias;

J. Zavala B.

Que, asimismo, el literal c) del artículo 127 del precitado Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud ha previsto que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) tiene la función de desarrollar y conducir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública en el ámbito nacional;

Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Epidemiología, hoy Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, ha elaborado la propuesta de "Directiva Sanitaria para la Vigilancia de Problemas de la Salud Mental Priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante Encuesta Poblacional" cuya finalidad es contribuir a la prevención y control de los problemas de salud mental, a la generación de información epidemiológica oportuna de los establecimientos de salud y de la población peruana, así como a la toma de decisiones en la planificación de servicios e intervenciones;

Estando a lo propuesto por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades;

Que, mediante el Informe N° 474-2016-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud ha emitido la opinión legal correspondiente;

Con el visado del Director General del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva Sanitaria N° 071-MINSA/CDC-V.01, "Directiva Sanitaria para la Vigilancia de Problemas de la Salud Mental Priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante Encuesta Poblacional", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Aníbal Velásquez Valdovinos
ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDOVINOS
Ministro de Salud

J. Zavala B.

Código único de Ficha: _____ Fecha de notificación: _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO
 REDICSA/DIRESA/GERESA: _____ Establecimiento de Salud: _____
 Nivel de atención: _____ Fecha de atención: _____

II. DATOS DEL PACIENTE
 1. APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ 2. N° H. Clínica: _____
 3. Fecha de Nacimiento: _____ 4. Teléfono: _____ 5. Celular (apoderado): _____ 6. N° DNI: _____
 7. Dirección Actual: _____ 8. Departamento: _____
 9. Provincia: _____ 10. Distrito: _____ 11. Edad: _____ 12. Sexo: F ☐ M ☐ 13. Seguro de salud: SI (☐) NO (☐) 14. Tipo de Seguro: _____
 15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres ☐ Hermanos ☐ Pareja ☐ Abandono Social ☐ Otros ☐ Especificar: _____
 16. Grado de Instrucción: Sin instrucción ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitario ☐ Técnico ☐ 17. Ocupación: _____
 18. Gestante: SI ☐ NO ☐ Edad Gestacional: _____ 19. Púrpura SI ☐ NO ☐ Semanas Postparto: _____

III. ANTECEDENTES
 1. Antecedente de intento suicida: Nunca ☐ Una Vez ☐ Dos Veces ☐ Más de dos veces ☐
 2. Edad del paciente en su primer intento suicida: _____ 3. Número de intentos en el presente año: _____
 4. Tratamiento psicológico / psiquiátrico previo al/ los intento(s): SI ☐ NO ☐

IV. CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO ACTUAL
 1. Motivo (x) del intento:
 a. Problemas con su pareja o cónyuge ☐ e. Problemas con otros pacientes ☐ i. Experiencia violenta, inesperada o traumática ☐
 b. Problemas con sus padres ☐ f. Problemas económicos ☐ j. Especificar: _____
 c. Problemas con sus hijos ☐ g. Por problemas con su salud física ☐ k. Otro ☐ Especificar: _____
 d. Problemas con sus pares ☐ h. Por problemas en su salud mental ☐ l. Sin motivo aparente ☐

2. Planificación del intento: SI ☐ NO ☐ 3. Uso de sustancias psicoactivas: No ☐ Alcohol ☐ Marihuana ☐ PBC ☐ Clorhidrato de cocaína ☐ Otro ☐

4. Medio utilizado:
 Ingesta de plaguicidas y órganos fosforados (pesticidas, carbamatos, etc) ☐ Suspensión (ahorcamiento) ☐ Ingesta de alimentos ☐
 Arma blanca (hoja de afilar, vidrio, tijera, cuchillo) ☐ Arma de fuego (pistola, revólver) ☐ Corrosivo (ácido muriático, desinfectante, lejía) ☐
 Lanzamiento al vacío ☐ Otro ☐ Especificar: _____

5. Caso procedente de Comunidad Indígena Ancestral: SI ☐ NO ☐
 6. Etnia Ancestral: _____
 Awañitka ☐ Awañit ☐ Shipibo-Konibo ☐ Yanasha ☐ Otro ☐ Especificar: _____

V. DIAGNÓSTICO ACTUAL
 1. Diagnóstico Psiquiátrico:
 Ninguno ☐ Estado depresivo ☐ Esquizofrenia ☐ Alcoholismo ☐ Trastorno de la personalidad ☐ Trastorno depresivo recurrente ☐ Otros ☐ Especificar: _____
 2. Diagnóstico de otra enfermedad médica:
 Ninguno ☐ TBC ☐ VIH-SIDA ☐ Cáncer ☐ Otros ☐ Especificar: _____
 3. Tipo de violencia:
 Ninguna ☐ Físico ☐ Sexual ☐ Psicológico ☐ Negligencia ☐
 4. Condición final de la atención actual:
 Alta ☐ Alta voluntaria o fuga ☐ Refutado ☐ Especificar nombre del EESS: _____ Hospitalizado ☐ Fallecido ☐

VI. SEGUIMIENTO (3 meses)
 1. Disposición Terapéutica:
 a. Número de sesiones por tipo de intervención recibida:
 Consulta médica () Intervención Individual () Intervención familiar ()
 Consulta psicológica () Psicoterapia individual () Visita familiar integral ()
 b. Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud: SI ☐ NO ☐

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS:
 Realiza actividades Personales/familiares: Totalmente ☐ Parcialmente ☐
 Realiza actividades laborales y/o estudiantiles: Totalmente ☐ Parcialmente ☐
 Realiza actividades sociales: Totalmente ☐ Parcialmente ☐ Mínima o ninguna ☐

3. EVOLUCIÓN:
 Favorable ☐ Desfavorable sin repetición de intento suicida ☐ Alta ☐ Desfavorable con repetición de intento suicida ☐ Abandono de tratamiento ☐ Pérdida de Seguimiento ☐

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO

Código único de Ficha: _____ Fecha de notificación: _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO
 REDICSA/DIRESA/GERESA: _____ Establecimiento de Salud: _____
 Nivel de atención: _____ Fecha de atención: _____

II. DATOS DEL PACIENTE
 1. APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ 2. N° H. Clínica: _____
 3. Fecha de Nacimiento: _____ 4. Teléfono: _____ 5. Celular (apoderado): _____ 6. N° DNI: _____
 7. Dirección Actual: _____ 8. Departamento: _____
 9. Provincia: _____ 10. Distrito: _____ 11. Edad: _____ 12. Sexo: F ☐ M ☐ 13. Seguro de salud: SI (☐) NO (☐) 14. Tipo de Seguro: _____
 15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres ☐ Hermanos ☐ Pareja ☐ Abandono Social ☐ Otros ☐ Especificar: _____
 16. Grado de Instrucción: Sin instrucción ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitario ☐ Técnico ☐ 17. Ocupación: _____
 18. Gestante: SI ☐ NO ☐ Edad Gestacional: _____ 19. Púrpura SI ☐ NO ☐ Semanas Postparto: _____

III. ANTECEDENTES
 1. Problemas perinatales: Asfixia severa ☐ Prematuridad ☐ Infección ☐ Calda brusca ☐ Bajo peso al nacer ☐
 2. Antecedente familiar con trastornos psiquiátricos o problemas psicosociales: SI ☐ NO ☐ Especificar: _____
 3. Tipo de Violencia: Ninguna ☐ Físico ☐ Sexual ☐ Psicológico ☐ Negligencia ☐
 4. Consumo de sustancias psicoactivas: Alcohol ☐ Tabaco ☐ Marihuana ☐ PBC ☐ Otro ☐ Especificar: _____

IV. CARACTERÍSTICAS DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO
 1. Signo y síntomas presentes:
 Síntomas negativos ☐ Síntomas positivos ☐ Conducta suicida (Ideación / Intento) ☐ Conducta heterocida (Ideación / Intento) ☐
 2. Factores psicosociales:
 Problemas con los padres ☐ Problemas por bajo rendimiento en los estudios ☐ Problemas en el trabajo ☐ Problemas económicos ☐
 Problemas por separación de padres ☐ Problemas con su salud física ☐ Otro ☐ Especificar: _____

V. SEGUIMIENTO (a los 3 meses)
 1. Diagnóstico de Salud Mental - Comorbilidad:
 Esquizofrenia ☐ Episodio Depresivo ☐ Trastorno de personalidad ☐ Abuso de sustancias ☐ Otros ☐ Especificar: _____
 2. Disposición Terapéutica:
 2.1 ¿Cumplió con el tratamiento indicado? SI ☐ NO ☐ 2.2. Tratamiento Farmacológico: Regular ☐ Irregular ☐ Abandono ☐
 2.3. Número de sesiones por tipo de intervención:
 Consulta médica () Intervención Individual () Intervención familiar ()
 Psicoterapia individual () Consulta psicológica () Visita familiar integral ()
 2.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud: SI ☐ NO ☐

3. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS:
 Realiza actividades Personales/familiares: Totalmente ☐ Parcialmente ☐
 Realiza actividades laborales: Totalmente ☐ Parcialmente ☐
 Realiza actividades sociales: Totalmente ☐ Parcialmente ☐

3. EVOLUCIÓN:
 Favorable ☐ Estacionaria ☐ Desfavorable ☐ Abandono del tratamiento ☐ Alta ☐ Pérdida de Seguimiento ☐

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO





Código único de Ficha: _____ Fecha de notificación: _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

REDICSA/DIRESA/GERESA: _____ Establecimiento de Salud: _____

Nivel de atención: _____ Fecha de atención: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO: _____ 2. N° H. Clínica: _____

3. Fecha de nacimiento: _____ 4. Teléfono: _____ 5. Celular (apodado): _____ 6. N° DNI: _____

7. Dirección Actual: _____ 8. Departamento: _____

9. Provincia: _____ 10. Distrito: _____ 11. Edad: _____ 12. Sexo: F ☐ M ☐ 13. Seguro de salud: SI () NO () 14. Tipo de Seguro: _____

15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres ☐ Hermanos ☐ Parja ☐ Abandono Social ☐ Otros ☐ Especificar: _____

16. Grado de Instrucción: Sin Instrucción ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitario ☐ Técnico ☐ 17. Ocupación: _____

18. Gestante: SI ☐ NO ☐ Edad Gestacional: _____ 19. Puérpura: SI ☐ NO ☐ Semanas Postparto: _____

III. DATOS DEL EVENTO

1. Criterios diagnósticos

Ansioso/deprimido la mayor parte del día y casi todos los días () Pérdida de energía () Menoscabo del funcionamiento personal, social y laboral ()

Pérdida de interés en las cosas que antes le gustaban () Ideación suicida () Intento suicida ()

2. DIAGNÓSTICO:

ED moderado/síndrome somático F32.1 () ED moderado/síndrome somático F32.1 ()

ED grave/síndrome psicótico F32.2 () ED grave/síndrome psicótico F32.3 ()

IV. CONDICIONES DE RIESGO:

1. Comorbilidad: Enfermedad cardiovascular () Artritis/Artrosis () Asma () VIH/SIDA () TBC () Trastorno Neurológico ()

Cáncer ()

Trastorno Endocrinológico () Especifique: _____ Trastorno Mental () Especifique: _____

2. Antecedentes familiares: Con Trastornos Depresivos () Con Trastornos Mentales () Especifique: _____

3. Estrésores Sociales: Período de duelo () Violencia: Escuela () Laboral () Familiar () Tipo de Violencia: Física () Psicológica () Sexual () Negligencia ()

V. SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 6 MESES

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: SI () NO ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico: Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención: Consulta médica () Intervención individual () Intervención familiar () Psicoterapia individual () Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: SI () NO ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personales/ familiares: Totalmente ☐ Parcialmente ☐

2.2. Realiza actividades laborales: Totalmente ☐ Parcialmente ☐

2.3. Realiza actividades sociales: Totalmente ☐ Parcialmente ☐

3. EVOLUCIÓN: Favorable () Desfavorable () Alta () Abandono () Pérdida de seguimiento ()

4. CONDUCTA SUICIDA: Ideación suicida No () SI () Intento suicida No () SI ()

N° de veces: _____ Fecha del último intento: _____

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 2 AÑOS

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: SI () NO ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico: Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención: Consulta médica () Intervención individual () Intervención familiar () Psicoterapia individual () Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: SI () NO ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personales/ familiares: Totalmente ☐ Parcialmente ☐

2.2. Realiza actividades laborales: Totalmente ☐ Parcialmente ☐

2.3. Realiza actividades sociales: Totalmente ☐ Parcialmente ☐

3. EVOLUCIÓN: Favorable () Desfavorable () Alta () Abandono () Pérdida de seguimiento ()

4. CONDUCTA SUICIDA: Ideación suicida No () SI () Intento suicida No () SI ()

N° de veces: _____ Fecha del último intento: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO

Este proceso permite generar información oportuna, confiable y útil para la toma de decisiones sanitarias, contribuyendo al fortalecimiento de la respuesta institucional frente a los trastornos mentales como problema de salud pública, así como a la implementación de acciones de prevención y control orientadas a reducir su impacto en la salud de la población de la región Moquegua.

