



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Factores asociados a ideación suicida en pacientes con lupus eritematoso sistémico atendidos en un hospital general

Factors associated with suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus at a general hospital

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
REUMATOLOGÍA

AUTOR

CAROLYN CATHERINE ALVAREZ ESCOBAR

ASESOR

ALFREDO ENRIQUE BERROCAL KASAY

LIMA – PERÚ

2026

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	ALVAREZ ESCOBAR CAROLYN CATHERINE
2.	

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Pertencientes al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN REUMATOLOGÍA**, autor del proyecto de investigación titulado: **Factores asociados a ideación suicida en pacientes con lupus eritematoso sistémico atendidos en un hospital general**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN REUMATOLOGÍA**, bajo la modalidad de **Proyecto de investigación**.

En calidad de docente (s) asesor (es) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	BERROCAL KASAY ALFREDO ENRIQUE	MEDICINA	Asesor
2.			

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **19%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin*** (identificador de entrega: **3605264805**; fecha de entrega: **02-07-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.
-

Lugar y fecha: **Lima, 03 de Julio de 2026**


 Firma del asesor
 N° DNI: 06617841
 ORCID: 0000-0001-8640-6658

 Firma del Co-asesor
 N° DNI:
 ORCID:

2. RESUMEN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) representa un desafío no sólo físico, sino también emocional, donde la carga de la enfermedad y su tratamiento impactan profundamente en la mente del paciente, convirtiendo a la ideación suicida en una complicación crítica que requiere ser estudiada desde su complejidad. **Objetivo:** determinar los factores clínicos, farmacológicos y sociales asociados a ideación suicida en pacientes con LES atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de julio-diciembre 2026. **Diseño:** se plantea un estudio observacional, analítico y de corte transversal. **Población:** la muestra estará conformada por pacientes adultos que cumplan con los criterios de clasificación de LES ACR/EULAR 2019. **Procedimientos:** se evaluará la actividad de la enfermedad (SLEDAI-2K), el daño acumulado (SLICC/ACR) y el soporte funcional con la escala de Duke-UNC-11. La salud mental será evaluada mediante un tamizaje inicial de depresión (PHQ-9) y de ansiedad (GAD-7), clasificando la ideación suicida a través de la Escala de Beck (SSI) en pacientes con riesgo elevado o síntomas moderados a grave. **Análisis estadístico:** el procesamiento de datos se realizará en SPSS v.27.0 e incluirá una fase descriptiva, un análisis bivariado y, por último, un modelo de regresión logística binaria. Este último nivel permitirá calcular Odds Ratio (OR) para identificar predictores independientes, ajustando el modelo por covariables como depresión y ansiedad. Este enfoque integral busca generar evidencia científica, orientada en no solo ofrecer un manejo reumatológico convencional, sino en brindar una atención biopsicosocial con mayor sensibilidad humana.

Palabras clave: Lupus eritematoso sistémico, ideación suicida, salud mental.

3. INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una patología autoinmune crónica con predilección por mujeres jóvenes, capaz de afectar múltiples órganos, incluyendo el sistema nervioso, llamado lupus neuropsiquiátrico (NPSLE). Esta entidad abarca múltiples síndromes neurológicos y psiquiátricos, dentro de las manifestaciones psiquiátricas, la depresión y la ansiedad son las más frecuentes, con una prevalencia que llega a afectar a tres cuartas partes de los pacientes (1). Aunque la conducta suicida no forma parte de los criterios diagnósticos formales del NPSLE constituye un desafío crítico. Esta conducta se manifiesta desde la ideación suicida (pensamientos persistentes de muerte) hasta el intento y el suicidio consumado. Dada la mortalidad asociada en adultos jóvenes, la detección de esta problemática es importante para el manejo integral de la enfermedad (2).

El LES genera una carga compleja donde la fatiga y el dolor crónico producen sentimientos de desesperanza y problemas de salud mental. La depresión destaca como el principal factor desencadenante, aumentando hasta en cinco veces el riesgo de ideación suicida en comparación con la población general (1,3,4). Estudios como los de Khdeir y Khdeir, y Mok et al. coinciden en que este problema es multifactorial incluyendo factores clínicos, farmacológicos y psicosociales; no obstante, proponen que el daño orgánico acumulado (evaluado mediante SLICC/ACR) y las secuelas permanentes tiene un efecto emocional más significativo que la actividad de la enfermedad (evaluado mediante SLEDAI-2K) (5,6).

Desde un enfoque diagnóstico, Mok et al. validan la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) como el instrumento de referencia, demostrando que su diseño supera a las pruebas convencionales en cuanto a sensibilidad clínica para detectar el riesgo real (6,7) . Por otro lado, investigaciones como las de Parperis et al. y Liao et al. destacan que una actividad lúpica alta (SLEDAI-2K > 8.5) y el compromiso neuropsiquiátrico (NPSLE), que tiene una prevalencia del 25%, aumentan considerablemente la vulnerabilidad al suicidio, especialmente en casos con daño renal, cardíaco y musculoesquelético (2,8,9).

La base biológica de esta vulnerabilidad está relacionada con mecanismos inmunológicos y genéticos complejos. Duca et al. y Valesini et al. han señalado que la relación entre los sistemas autoinmunes y los eventos trombóticos asociados a anticuerpos antifosfolípidos y anti-ribosomal P no es un suceso aislado, sino un ataque directo a componentes vasculares y neuronales que perjudica bienestar emocional (10,11). Además, el momento del diagnóstico es fundamental, aquellos pacientes recientemente diagnosticados con la enfermedad presentan un mayor riesgo de tener pensamientos suicidas (12,13,14). Finalmente, aunque existe una predisposición genética compartida entre el LES y la depresión (en la región 6p21.33), el historial clínico y la funcionalidad del paciente son mejores indicadores. Investigadores como Buji et al. enfatizan que el diagnóstico actual de problemas del estado emocional y la discapacidad física son las variables más significativas desde un enfoque estadístico (15). Por ello, el reconocimiento del riesgo suicida debe ir más allá de lo subjetivo y convertirse en una prioridad clínica, basada en la interacción de estos factores biológicos y psicosociales.

En cuanto a los factores farmacológicos, la terapia farmacológica del LES presenta una importante dualidad relacionada con la salud mental. El uso de glucocorticoides a dosis altas ($\geq 40\text{mg/día}$ de prednisona) se considera como el factor principal asociado, elevando hasta 7.7 veces la posibilidad de depresión y 6.9 veces el riesgo de intentar suicidarse (16,17). Estos síntomas suelen aparecer durante las primeras ocho semanas del tratamiento y están vinculados tanto a la neurotoxicidad resultante de la alteración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, así como al desequilibrio de neurotransmisores como la serotonina y el glutamato, como también el impacto psicológico del Síndrome de Cushing iatrogénico. Los cambios en el hábito corporal (como la obesidad centrípeta, facies cushingoide, hipertriosis, acné y estrías) actúan como factores emocionales que intensifican la ansiedad y la desesperanza, afectando la autoestima y afectando la estabilidad emocional del paciente (16, 18, 19, 20, 21,22).

Distinguir entre la toxicidad originada por esteroides y el Lupus Eritematoso Sistémico Neuropsiquiátrico (NPSLE) representa un reto constante. Mientras que la psicosis inducida por corticoides se relaciona con el tiempo y la cantidad administrada, el NPSLE frecuentemente se presenta dentro del primer año tras el diagnóstico, acompañándose de biomarcadores específicos (anticuerpos antirribosomales P, antineuronales y antifosfolípidos), deterioro cognitivo, actividad lúpica en otros órganos y hallazgos alterados en neuroimágenes o electroencefalogramas (19,23). Respecto a otros fármacos, la hidroxicloroquina que se considera el tratamiento estándar del LES mantiene una alerta de farmacovigilancia debido a los posibles efectos neuropsiquiátricos iniciales, aunque su impacto a largo plazo sobre la calidad de vida es más beneficioso (24). En el

manejo de casos severos de NPSLE, la ciclofosfamida en combinación con corticoides sigue siendo la terapia de elección por su alta eficacia, mientras que la azatioprina muestra un beneficio en protección neurológica frente al deterioro cognitivo (25,26). Por último, el uso de terapias biológicas como el rituximab ha mostrado eficacia en la disminución de la fatiga y en la mejora del bienestar mental. Por el contrario, aunque el belilumab y anifrolumab también han demostrado mejorar la funcionalidad y el bienestar emocional, su uso clínico está restringido debido a la falta de disponibilidad en el sistema de salud peruano (27,28).

A nivel de factores psicosociales, la investigación científica señala que el trastorno depresivo mayor es el principal predictor de pensamientos suicidas en personas con LES, afectando a un 44.3 % de quienes padecen esta enfermedad. El empleo de herramientas como el PHQ-9 (cuestionario de depresión) y GAD-7 (escala de ansiedad) demuestra que la gravedad de la salud mental varía según el grado de afectación orgánica, las lesiones cutáneas incrementan el malestar relacionado con el estigma por desfiguración, mientras que el compromiso renal provoca ansiedad por la incertidumbre de tratamientos invasivos la biopsia renal, la diálisis o el trasplante renal (2,9). Esto indica que el bienestar mental no solo depende de la actividad sistémica, sino también de las limitaciones en la funcionalidad y del impacto emocional que generan los síntomas físicos.

En el ámbito relacional, Hassett et al. destacan que el LES afecta la dinámica familiar. La ausencia de redes de apoyo sólidas, los conflictos familiares (entre padres y pareja) y la exclusión social son factores que aumentan la vulnerabilidad emocional y la tendencia a la autolesión (29). De manera similar, Buji et al. y Xie et al. observan que la falta de apoyo emocional ya sea por estar soltero o tras una

separación, sumada a la percepción de una carga económica que abrumba y coexistir prolongadamente con la enfermedad, son factores que disminuyen la resiliencia del paciente. El historial de intentos de suicidio previos y el uso de mecanismos de afrontamiento inadecuados son considerados como señales de alerta (15,30). En este contexto complicado, es vital apreciar el apoyo social mediante herramientas como la Escala de Duke-UNC-11. Ariza et al. mencionan que analizar las conexiones de empatía y confianza puede ayudar a identificar elementos protectores que disminuyan la desesperanza (31). Finalmente, como sostienen Borisova et al., la vulnerabilidad del paciente con LES resulta de la combinación significativa entre su historial médico, su situación financiera y la fortaleza de su red de apoyo, factores que influyen en su respuesta al estrés crónico causado por la enfermedad (32).

La presente investigación surge ante la necesidad de abordar el LES no sólo como una entidad biológica, sino como una situación que afecta la estabilidad psíquica del paciente. A pesar de que el enfoque médico tradicional se ha limitado al manejo de la actividad inflamatoria y del daño orgánico, la evidencia actual demuestra una conexión biopsicosocial entre la autoinmunidad y la salud mental que demanda ser explorada en el contexto peruano. El estudio se justifica por su potencial valor en el manejo clínico dentro del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), buscando cerrar la brecha de conocimiento sobre la relación entre la actividad de la enfermedad, la terapia farmacológica y el entorno social. Al reconocer estos factores, se podrán implementar protocolos para una detección precoz y mejorar la atención en salud mental. Con un enfoque centrado en una atención integral, el

estudio pretende responder la pregunta: ¿Qué factores clínicos, farmacológicos y sociales se asocian a la ideación suicida en pacientes con LES?

4. OBJETIVOS

a) OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores clínicos, farmacológicos y sociales asociados a ideación suicida en pacientes con LES atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo julio a diciembre de 2026.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la prevalencia de la ideación suicida en pacientes con LES mediante un protocolo secuencial (tamizaje de PHQ-9 y confirmación clínica con Escala de Beck: SSI).
- Caracterizar la severidad de la ideación suicida en la población de estudio utilizando la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).
- Determinar la asociación entre la actividad de la enfermedad (mediante el índice SLEDAI -2K) y el daño orgánico acumulado (mediante el índice SLICC/ACR) con la presencia de ideación suicida.
- Identificar la asociación entre la dosis diaria de glucocorticoides y la presencia de ideación suicida.
- Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y la presencia de ideación suicida.
- Determinar la asociación entre el soporte social percibido (mediante la escala de Duke-UNC-11) y la presencia de ideación suicida.

- Determinar la asociación entre la severidad de la sintomatología depresiva (PHQ-9) y ansiosa (GAD-7) con la presencia de ideación suicida.
- Estimar los Odds Ratio (OR) ajustados para identificar los factores clínicos, farmacológicos y sociales que se asocian de manera independiente a la ideación suicida mediante un modelo multivariado.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

a) Diseño de estudio:

Estudio observacional, analítico y corte transversal (transversal analítico).

b) Población:

Pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de LES (según criterios de ACR/EULAR 2019) que acuden de forma regular al consultorio externo del Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, durante el periodo julio-diciembre de 2026.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado de LES según los criterios ACR/EULAR 2019.
- Pacientes adultos mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Comorbilidades psiquiátricas graves (esquizofrenia o psicosis activa)
- Superposición con otras conectivopatías sistémicas
- Mujeres en estado de gestación
- Deterioro cognitivo o discapacidad intelectual.

- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.

c. Muestra:

Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia.

Se reclutará a todos los pacientes con diagnóstico de LES que acudan a su control programado en el HNCH y que cumplan con los criterios de selección durante el periodo comprendido de julio - diciembre de 2026 (ver anexo N°1).

d. Definición operacional de variables: Ver anexo N ° 2.

e. Procedimientos y técnicas:

La recolección de datos se desarrollará en el consultorio externo del Servicio de Reumatología del HNCH, siguiendo un protocolo secuenciado de tres fases:

1. Consentimiento y tamizaje: antes de iniciar la consulta médica regular, se invitará al paciente a un espacio privado adyacente al consultorio. Después de que firme el consentimiento informado, se aplicará de inmediato los cuestionarios psicométricos: PHQ-9 (depresión), GAD-7 (ansiedad) y Duke-UNC-11 (soporte social). Se considerará “caso en riesgo” aquel que obtenga una puntuación > 0 en el ítem 9 del PHQ-9 o presente una depresión moderada-grave con puntaje ≥ 10 (33,34,35).
2. Confirmación diagnóstica y descripción clínica: para adherirse al diseño transversal y los estrictos criterios éticos, en ese mismo momento y lugar, los pacientes identificados como “en riesgo” serán evaluados inmediatamente con la Escala de ideación Suicida de Beck (SSI) para evaluar la severidad, planificación e intencionamiento del pensamiento suicida (36).

3. Revisión clínica de variables clínico-farmacológicas: luego, se revisarán las historias clínicas para registrar la actividad lúpica (SLEDAI-2K), el daño acumulado (SLICC/ACR) y la dosis diaria de glucocorticoides en equivalentes de prednisona (37,38).

f. Aspectos éticos del estudio:

El estudio se llevará a cabo de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y las Normas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con Seres Humanos (CIOMS). Se requerirá la aprobación de los comités de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del HNCH. Se asegurará la autonomía del paciente a través del consentimiento informado y la confidencialidad se mantendrá mediante la codificación alfanumérica que permitirá la anonimización de la información. Si se identifica un riesgo suicida inmediato, se activará un protocolo de seguridad que incluirá la referencia prioritaria a Psiquiatría o Emergencia del HNCH.

g. Plan de análisis:

El análisis se llevará a cabo usando el programa SPSS Statistics v.27.0 en tres fases:

1. Descriptiva: las variables cualitativas se presentarán en frecuencias y porcentajes para evaluar la prevalencia de ideación suicida (IC 95%). Las variables cuantitativas (edad, SLEDAI-2K, SLICC/ACR, dosis de prednisona, PHQ-9, GAD-7 y severidad según la escala de Beck) se describirán mediante medias con desviaciones estándar (DE) o medianas con rangos intercuartílicos (RIQ) según su distribución (verificada con la prueba de Kolmogorov-Smirnov).

2. Bivariado: para detectar factores asociados de manera inicial, se aplicará la prueba de Chi-cuadrado (o prueba exacta de Fisher) para las variables cualitativas, y la t de Student (o la U de Mann-Whitney) para las cuantitativas. Se calcularán Odds Ratio crudos (ORc) con IC 95%, considerando significativo un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.
3. Multivariado: las variables que muestren un $p < 0.20$ en el análisis bivariado o que tengan una relevancia clínica alta (actividad lúpica y dosis de glucocorticoides) se incluirán en un modelo de regresión logística binaria. Esto permitirá calcular Odds Ratio ajustados (ORa) con IC 95% para determinar las asociaciones independientes, controlando estadísticamente el efecto de confusión de la ansiedad y depresión preexistente.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mathkor DM, Ranjan S, Nayak TKS, Panda AK, Babegi AS, Mandal RK, et al. Worldwide incidence of suicidal thoughts, attempts, and mortality in systemic lupus erythematosus. *J King Saud Univ Sci.* 2025;37(4212024):4212024. Disponible en: <https://jksus.org/worldwide-incidence-of-suicidal-thoughts-attempts-and-mortality-in-systemic-lupus-erythematosus/>
2. Parperis K, Kyriakou A, Voskarides K, Chatzittofis A. Suicidal behavior in patients with systematic lupus erythematosus: Systematic literature review and genetic linkage disequilibrium analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2022;54:151997. doi: 10.1016/j.semarthrit.2022.151997
3. Dehghan A, Soltani H, Faezi ST, Baghdadi A, Soleymani Salehabadi H, Bashiri H, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Reumatologia.* 2023;61(5):368–74. doi: 10.5114/reum/168396
4. Barros SM, Araújo DB, Carvalho JF. Suicide risk in systemic lupus erythematosus: a narrative review. *Rev Ciênc Méd Biol.* 2020;19(4):620. doi: 10.9771/cmbio.v19i4.24308
5. Khdeir F, Khdeir A. Prevalence and Trends of Suicidal Ideation Among Hospitalized Adults with Systemic Lupus Erythematosus (SLE): A National Inpatient Sample Analysis. *Arthritis Rheumatol.* 2025;77(9 Suppl). [citado el 20 de abr de 2026]. Disponible en: (<https://acrabstracts.org/abstract/prevalence-and->

trends-of-suicidal-ideation-among-hospitalized-adults-with-systemic-lupus-erythematosus-sle-a-national-inpatient-sample-analysis-2016-2020/)

6. Mok C, Chan K, Cheung F, et al. AB0645 Suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus: Incidence and relationship with anxiety/depression score, disease activity and organ damage. *Ann Rheum Dis.* 2013;71(Suppl). [citado el 20 de abr de 2026]. Disponible en: https://ard.bmj.com/content/71/Suppl_3/645
7. Mok CC, Chan KL, Cheung EF, Yip PS. Suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus: incidence and risk factors. *Rheumatology (Oxford).* 2014;53(4):714-21. doi: 10.1093/rheumatology/ket404
8. Liao J, Kang J, Li F, Li Q, Wang J, Tang Q, et al. A cross-sectional study on the association of anxiety and depression with the disease activity of systemic lupus erythematosus. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):591. doi: 10.1186/s12888-022-04236-z
9. Grover S, Sahoo S, Naskar C, Sharma A. Psychiatric comorbidities in patients suffering from systemic lupus erythematosus admitted to a tertiary care hospital in Northern India. *Lupus.* 2023;32(8):1008–18. doi: 10.1177/09612033231177737
10. Duca L, Roman N, Teodorescu A, Ifteni P. Association between inflammation and thrombotic pathway link with pathogenesis of depression and anxiety in SLE patients. *Biomolecules.* 2023;13(3):567. doi: 10.3390/biom1303056732
11. Valesini G, Alessandri C, Celestino D, Conti F. Anti-endothelial antibodies and neuropsychiatric systemic lupus erythematosus. *Ann N Y Acad Sci.* 2006;1069(1):118–28. doi: 10.1196/annals.1351.010
12. Hajduk A, Nowicka-Sauer K, Smoleńska Ż, Czuszyńska Z, Zdrojewski Z. Prevalence and correlates of suicidal thoughts in patients with neuropsychiatric lupus. *Lupus.* 2016;25(2):185–92. doi: 10.1177/0961203315603136
13. Zakeri Z, Shakiba M, Narouie B, Mladkova N, Ghasemi-Rad M, Khosravi A, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus: Iranian experience. *Rheumatol Int.* 2012;32(5):1179–87. doi: 10.1007/s00296-010-1791-9
14. Karassa FB, Magliano M, Isenberg DA. Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 2003;62(1):58–60. doi: 10.1136/ard.62.1.58
15. Buji RI, Abdul Murad NA, Chan LF, Maniam T, Mohd Shahrir MS, Rozita M, et al. Suicidal ideation in systemic lupus erythematosus: NR2A gene polymorphism, clinical and psychosocial factors. *Lupus.* 2018;27(5):744–52. doi: 10.1177/0961203317742711
16. Recio-Barbero M, Cabezas-Garduño J, Varona J, Ruiz-Iratorza G, Sanz-Gómez S, Shahine M, et al. Exploración de los predictores clínicos y psicosociales de la ideación suicida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Eur Psychiatry.* 2025;68(S1):S613–4. doi: 10.1192/j.eurpsy.2025.1250

17. Kenna HA, Poon AW, de los Angeles CP, Koran LM. Psychiatric complications of treatment with corticosteroids: review with case report. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;65(6):549–60. doi: 10.1111/j.1440-1819.2011.02260.x
18. Fardet L, Petersen I, Nazareth I. Suicidal behavior and severe neuropsychiatric disorders following glucocorticoid therapy in primary care. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):491–7. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11071009
19. Nasereddin L, Alnajjar O, Bashar H, Abuarab SF, Al-Adwan R, Chellappan DK, et al. Corticosteroid-induced psychiatric disorders: Mechanisms, outcomes, and clinical implications. *Diseases*. 2024;12(12):300. doi: 10.3390/diseases12120300
20. Buttgereit F, Tam LS. Glucocorticoid treatment in patients with inflammatory rheumatic diseases: current practice and open questions. *Lancet Rheumatol*. 2026;8(6):e389-e400. doi: 10.1016/S2665-9913(26)00072-X
21. Priya G, Laway BA, Ayyagari M, Gupta M, Bhat GHK, Dutta D. The Glucocorticoid taper: A primer for the clinicians. *Indian J Endocrinol Metab*. 2024;28(4):350–62. doi: 10.4103/ijem.ijem_410_23
22. Bhangle SD, Kramer N, Rosenstein ED. Corticosteroid-induced neuropsychiatric disorders: review and contrast with neuropsychiatric lupus. *Rheumatol Int*. 2013;33(8):1923–32. doi: 10.1007/s00296-013-2750-z
23. Nishimura K, Omori M, Sato E, Katsumata Y, Gono T, Kawaguchi Y, et al. New-onset psychiatric disorders after corticosteroid therapy in systemic lupus erythematosus: an observational case-series study. *J Neurol*. 2014;261(11):2150–8. doi: 10.1007/s00415-014-7472-y
24. Jolly M, Sehgal V, Arora S, Azizoddin D, Pinto B, Sharma A, et al. Does hydroxychloroquine improve patient reported outcomes in patients with lupus? *Lupus*. 2021;30(11):1790–8. doi: 10.1177/09612033211033983
25. Zhang L, Shi Y, Zhang J, Wu J, Jiang W. Cyclophosphamide-induced seizures in a patient with neuropsychiatric systemic lupus erythematosus (NPSLE): A case report. *Front Immunol*. 2023;14:1122629. doi: 10.3389/fimmu.2023.1122629
26. Dobrowolski C, McGinley J, Fazzari M, Su J, Bingham KS, Anderson N, et al. Association of mycophenolate and azathioprine use with cognitive function in systemic lupus. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62(5):1860–9. doi: 10.1093/rheumatology/keac540
27. Parodis I, Lopez Benavides AH, Zickert A, Pettersson S, Möller S, Welin Henriksson E, et al. The impact of belimumab and rituximab on health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019;71(6):811–21. doi: 10.1002/acr.23718
28. Stull D, O’Quinn S, Williams B, Bean S, Schwetje E, Abreu G, et al. Causal cascade of direct and indirect effects of anifrolumab on patient-reported outcomes: structural equation modelling of two Phase 3 trials. *Rheumatology (Oxford)*. 2022;61(12):4731–40. doi: 10.1093/rheumatology/keac138

29. Hassett AL, Li T, Radvanski DC, Savage SV, Buyske S, Schiff SA, et al. Assessment of health-related family role functioning in systemic lupus erythematosus: preliminary validation of a new measure. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(9):1341–8. doi: 10.1002/acr.21676
30. Xie L-F, Chen P-L, Pan H-F, Tao J-H, Li X-P, Zhang Y-J, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation in SLE inpatients: Chinese experience. *Rheumatol Int*. 2012;32(9):2707–14. doi: 10.1007/s00296-011-2043-3
31. Ariza K, Isaza P, Gaviria AM, Quiceno JM, Vinaccia S, Alvarán L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico - LES. *Ter Psicol*. 2010;28(1). doi: 10.4067/s0718-48082010000100003
32. Borisova A, Lisitsyna T, Veltishchev D, Reshetnyak T, Seravina O, Kovalevskaya O, et al. AB0493 Factors associated with suicidal ideations in systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome patients. *Ann Rheum Dis*. 2022;81(Suppl 1):1373. doi: 10.1136/annrheumdis-2022-eular.195
33. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabe-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PLoS One*. 2019;14(9):e0221717. doi: 10.1371/journal.pone.0221717
34. Villarreal-Zegarra D, Paredes-Angeles R, Mayo-Puchoc N, Arenas-Minaya E, Huarcaya-Victoria J, Copez-Lonzoy A. Psychometric properties of the GAD-7 (General Anxiety Disorder-7): a cross-sectional study of the Peruvian general population. *BMC Psychol*. 2024;12(1):183. doi: 10.1186/s40359-024-01688-8
35. Caycho-Rodríguez T, Domínguez-Lara S, Villegas G, Sotelo N, Carbajal-León C. Análisis psicométrico del Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK-11 en inmigrantes peruanos en Italia. *Pensam Psicol*. 2014;12(2). doi: 10.11144/javerianacali.ppsi12-2.apca
36. Eugenio-Torres SR, Zelada-Alcántara MB. Relación entre estilos de afrontamiento e ideación suicida en pacientes viviendo con VIH del GAM “Somos Vida” del hospital nacional Sergio E. Bernales de la ciudad de Lima [Internet]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2011 [citado el 20 de abr de 2026]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/1600>
37. Gladman DD, Ibañez D, Urowitz MB. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *J Rheumatol*. 2002;29(2):288–91. [citado el 20 de abr de 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11838846/> PMID: 11838846.
38. Gladman D, Ginzler E, Goldsmith C, Fortin P, Liang M, Urowitz M, et al. Systemic lupus international collaborative clinics: development of a damage index in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 1992;19(11):1820-1. [citado el 20 de abr de 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1362779/> PMID: 1362779.

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA:

a. Presupuesto autofinanciado

Recursos materiales	Unidades	Costo por unidad	Costo total
Materiales de escritorio:			
Lapiceros	10	S/ 1.00	S/ 10.00
Papel Bond	1 millar	S/ 25.00	S/ 25.00
USB	1	S/ 30.00	S/30.00
Archivador	1	S/ 15.00	S/ 15.00
Engrapador	1	S/15.00	S/15.00
Perforador	1	S/15.00	S/ 15.00
Servicios:			
Internet	1	S/ 30.00	S/ 30.00
Digitación	1S	S/ 100.00	S/ 100.00

Materiales de impresión	200	S/1.00	S/ 200.00
TOTAL			S/ 431.00

b. Cronograma:

Actividades	2026							2027
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
1. Fase de planeamiento								
Elaboración del protocolo	X							
Presentación a autoridades de FAMED-UPCH, Unidad Operativa.	X							
Presentación y aprobación por comité de ética del HNCH.	X							
2. Fase de ejecución								
Captación de pacientes y firma de consentimiento		X	X	X	X	X	X	

Aplicación de Escalas (Beck, PHQ-9, Duke-UNC-11, SLEDAI y SLICC/ACR)		X	X	X	X	X	X	
Registro de historias clínicas (variables clínicas)		X	X	X	X	X	X	
3. Fase de divulgación								
Digitación de datos								X
Análisis estadístico								X
Redacción de informe final								X

8.ANEXOS

ANEXO N. °1:

Tamaño muestral:

[1] Tamaños de muestra. Proporción:

Datos:

Tamaño de la población:	1.344
Proporción esperada:	9,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	116

Dada la naturaleza del servicio, se estableció una población finita proyectada de 1344 pacientes. Este número se determinó con base en el flujo institucional, que registra un promedio de 56 atenciones semanales de pacientes con LES, totalizando 24 semanas de ejecución del trabajo de campo. Para garantizar la representatividad y la potencia del análisis estadístico, el tamaño de la muestra se calculó mediante el software especializado EPIDAT 4.2, empleando la fórmula para estimación de proporciones en poblaciones finitas. Se aplicó un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y una prevalencia esperada de ideación suicida 9%, basada en antecedentes bibliográficos (6). Como resultado del cálculo, se obtuvo una muestra mínima de 116 pacientes.

ANEXO N. °2 : Tabla de operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición	Forma de registro
Ideación suicida	Dependiente	Presencia de pensamientos o deseos persistentes de terminar con la propia vida en las últimas 2 semanas.	Cualitativa Ordinal	Puntaje según escala de Ideación suicida de Beck (SSI): <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia: 0 - Leve: 1-5 - Moderada: 16-25 - Grave: 26-38
Actividad de la enfermedad	Independiente	Nivel de carga inflamatoria y compromiso de órganos por LES en los últimos 30 días.	Cualitativa Ordinal	Índice SLEDAI-2K: <ul style="list-style-type: none"> - Remisión: 0 - Actividad leve: 1-5 - Actividad moderada: 6-10 - Actividad alta: > 10
Daño orgánico acumulado	Independiente	Presencia de secuelas irreversibles en órganos	Cualitativa Ordinal	Índice SLICC/ACR: <ul style="list-style-type: none"> - Sin daño: 0

		persistentes por al menos 6 meses.		- Con daño: ≥ 1 pto.
Dosis de corticoides	Independiente	Cantidad total de miligramos de prednisona (o equivalente) ingerida por el paciente al día.	Cuantitativa Razón (mg/día)	Historia clínica/ Entrevista
Edad	Independiente	Años cronológicos cumplidos.	Cuantitativa Razón	Ficha de recolección
Sexo	Independiente	Condición biológica asignada al nacer.	Cualitativa Nominal	Historia clínica Masculino/ Femenino
Tiempo de enfermedad	Independiente	Años transcurridos desde el diagnóstico formal de LES	Cuantitativa Razón (años)	Historia clínica / Entrevista
Nivel educativo	Independiente	Grado de instrucción formal alcanzado.	Cualitativa Ordinal	Ficha de recolección (primaria, secundaria, superior)

Estado civil	Independiente	Situación legal o de convivencia de la relación sentimental del paciente.	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección (soltero, casado, conviviente, etc.)
Estructura de convivencia	Independiente	Composición del núcleo residencial actual del paciente	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección (solo, familiar, otros)
Situación laboral	Independiente	Condición de ocupación actual del paciente y su relación con el mercado de trabajo.	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección (empleado, desempleado, pensionista, etc.)
Sustento económico	Independiente	Condición de ser o no el generador principal de ingresos del hogar.	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección (Sí / No)
Depresión	Covariable	Intensidad de la sintomatología depresiva en las últimas dos semanas.	Cualitativa Ordinal	Cuestionario PHQ-9: - Mínima (0-4) - Leve (5-9)

				<ul style="list-style-type: none"> - Moderada (10-14) - Moderada-grave (15- 19) - Grave (20-27)
Ansiedad	Covariable	Nivel de tensión y preocupación excesiva manifestada recientemente.	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>Escala de GAD-7:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leve (5-9) - Moderado (10-14) - Grave (15-21)
Soporte social	Independiente	Percepción subjetiva del paciente sobre el apoyo recibido por su red cercana	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>Escala de Duke-UNC-11:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo soporte (< 32 pts.) - Alto soporte (\geq 32 pts.)

ANEXO N. ° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: Factores clínicos, farmacológicos y sociales asociados a ideación suicida en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), julio- diciembre de 2026.

Investigador Principal: Residente de Reumatología del HNCH.

1. Introducción y propósito

Se le invita a participar en un estudio de investigación médica. El objetivo es entender cómo el LES, los medicamentos y su entorno social influyen en su estado de ánimo y bienestar emocional. Esta información es fundamental para mejorar la atención integral que brindamos en el Servicio de Reumatología.

2. Procedimientos

Si acepta participar, se realizarán las siguientes actividades:

- Se le aplicarán tres cuestionarios breves sobre su salud emocional, pensamientos y su percepción del apoyo familiar/social.
- La investigadora revisará su historia clínica para obtener datos sobre su diagnóstico, tiempo de enfermedad, resultados de laboratorio recientes y medicación actual.
- El tiempo total estimado es de 20 a 25 minutos, aprovechando su visita programada al hospital.

3. Riesgos y molestias

La participación no implica procedimientos físicos dolorosos. Sin embargo, algunas preguntas sobre su estado de ánimo podrían resultarle sensibles o incómodas. Usted tiene el derecho de no responder cualquier pregunta o de detener la entrevista en el momento que desee sin dar explicaciones.

4. Beneficios

No habrá un pago económico por participar. El beneficio directo es que, si a través de las escalas detectamos alguna señal de alerta en su salud emocional, coordinaremos de manera prioritaria y confidencial una evaluación por el servicio de Psicología o Psiquiatría del hospital para brindarle el apoyo necesario.

5. Confidencialidad

Toda la información recolectada será estrictamente confidencial. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación; se utilizará un código alfanumérico para identificar su ficha. Solo la investigadora principal tendrá acceso a los datos personales.

6. Voluntariedad

Su participación es totalmente voluntaria. Si decide no participar o retirarse del estudio, esto no afectará de ninguna manera su atención médica, sus recetas o su relación con los médicos del HNCH.

7. Contacto

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede comunicarse con la investigadora o al Comité de Ética del Hospital.

IMPORTANTE: Si durante la evaluación, el investigador identifica que usted se encuentra en una situación de riesgo inminente para su salud o integridad física (riesgo suicida elevado), el investigador tiene el deber ético de informarle a usted y a su médico tratante para facilitar una evaluación inmediata por el servicio de Psiquiatría o Emergencia del HNCH. Esto se hace con el fin de garantizar su seguridad y brindarle el apoyo necesario.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído (o se me ha leído) la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento. Acepto participar voluntariamente en este estudio.

Firma del participante o huella digital

DNI / CE

Firma del investigador

Fecha

ANEXO N. ° 4:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TÍTULO: FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN
PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ATENDIDOS EN
EL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA.**

Código de paciente: LES- [] (Ej.: LES-001)

Fecha: / / 2026

I- DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1. Edad: [] años
2. Sexo: () femenino () masculino
3. Estado civil: () soltero/a () Casado/a () Conviviente ()
Divorciado/a () Viudo/a
4. Nivel educativo: () Primaria () Secundaria () Superior (Técnica/
universitaria)
5. Situación Laboral: () Empleado () Desempleado () Incapacidad
medica/ jubilado
6. Sustento económico del hogar: ¿Es usted el principal sustento? () Si ()
No
7. Estructura de convivencia: ¿Con quién vive actualmente?
() Solo/a
() Familia nuclear (pareja e hijos)
() Familia de origen (padres o hermanos)

() Otros familiares o amigos.

II. DIMENSIÓN CLÍNICA Y FARMACOLÓGICA (datos de historia clínica)

- Tiempo de enfermedad (años desde el diagnóstico): [] años
- Actividad lúpica (SLEDAI-2K): [] puntos
- Daño orgánico (puntaje SLICC/ACR): [] puntos
- Tratamiento actual con glucocorticoides:
- Dosis diaria de prednisona (o equivalente) : [] mg/día
- Tiempo en la dosis actual: []
- Uso de otros fármacos (marque todos los que apliquen):

() Hidroxicloroquina () Micofenolato () Azatioprina () Ciclofosfamida

() Rituximab Otros: _____

III. EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA (etapa 1: tamizaje)

Completar tras la aplicación de los cuestionarios autoadministrados

1. Depresión (Cuestionario PHQ-9):

- Puntaje total: []
- Categoría según puntaje: () 0-4 Mínima/sin depresión () 5-9 Leve
() 10-14 Moderada () 15-19 Moderadamente grave () 20-27 Grave
- Ítem 9 (ideación suicida) : () 0 () 1 () 2 () 3

2. Ansiedad (Escala GAD-7):

- Puntaje total: []
- Categoría: () 0-4 Mínima () 5-9 Leve () 10-14 Moderada

() 15-21 Grave

3. Soporte Social Funcional (Duke-UNC-11):

- Puntaje total: []

- Categoría: () Bajo soporte (< 32 pts.) () Alto soporte (\geq 32 pts.)

IV. EVALUACIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA (etapa 2: caracterización)

Aplicar solo si el paciente presenta riesgo en el PHQ-9 (ítem 9 > 0) o Depresión Moderada-Grave.

- Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) :

. Puntaje Total: []

. Severidad: () 1- 15 Leve () 16-25 Moderado () 26-38 Grave

. Componente : () Deseo pasivo () Deseo activo/ planificación.

IV. OBSERVACIONES Y PROTOCOLO DE SEGURIDAD :

• ¿Se requirió derivación inmediata a Psiquiatría o Emergencia ? () Sí () No

• Notas adicionales :

Firma de la investigadora principal: _____

ANEXO N. ° 5:

ÍNDICE DE ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SLEDAI-2K

Puntaje	Descriptor	Definición
8	Convulsión	Inicio reciente, excluir causas metabólicas, infecciosas o farmacológicas.
8	Psicosis	Capacidad alterada para funcionar en la actividad normal debido a una alteración grave en la percepción de la realidad.
8	Síndrome orgánico-cerebral	Función mental alterada con deterior de la orientación, la memoria u otra función intelectual
8	Alteración visual	Cambios en la retina
8	Alteración de pares craneales	Inicio reciente de neuropatía sensorial o motora que afecta a los nervios craneales.
8	Cefalea lúpica	Dolor de cabeza intenso y persistente que puede ser migrañoso, pero debe no responder a la analgesia narcótica.
8	Accidente cerebrovascular	Inicio reciente de accidente cerebrovascular (es). Excluir arterioesclerosis.
8	Vasculitis	Ulceración, gangrena, nódulos sensibles en los dedos, infarto periungueal, hemorragias en astilla o prueba de vasculitis mediante biopsia o angiografía.
4	Artritis	≥ 2 articulaciones con dolor y signos de inflamación (es decir, sensibilidad, hinchazón o derrame)
4	Miositis	Dolor o debilidad muscular proximal, asociado con niveles elevados de creatina fosfoquinasa/aldolasa o cambios en el electromiograma o biopsia que muestre miositis.
4	Cilindros urinarios	Cilindros hemáticos o granuloso
4	Hematuria	> 5 hematíes/c. Excluir cálculos, infección u otra causa.
4	Proteinuria	> 0.5 gramos/24h.
4	Piuria	> 5 leucocitos por campo. Excluir infección.

2	Exantema / rash cutáneo	Exantema / rash cutáneo de tipo inflamatorio
2	Alopecia	Pérdida de cabello anormal, irregular o difusa.
2	Úlceras de mucosas	Úlceras orales o nasales.
2	Pleuritis	Dolor torácico pleurítico con roce o derrame pleural, o pleura engrosada
2	Pericarditis	Dolor pericárdico con al menos uno de los siguientes: roce, derrame o confirmación mediante electrocardiograma o ecocardiograma.
2	Complemento bajo	Disminución de CH50, C3 o C4, por debajo del límite inferior del laboratorio.
2	Aumento de Anti-DNA	Aumento del Anti-DNA mediante ensayo de Farr o por encima del valor habitual del laboratorio.
1	Fiebre	> 38° . Excluir causa infecciosa.
1	Trombocitopenia	< 100.000 plaquetas/mm ³ , excluir causas farmacológicas.
1	Leucopenia	< 3000 leucocitos/mm ³ , excluir causas farmacológicas.

Gladman DD, Ibañez D, Urowitz MB. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. J Rheumatol. 2002;29(2):288–91. [citado el 20 de abr de 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11838846/> PMID: 11838846.

ANEXO N. ° 6:

Índice SLICC/ACR (Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology) Damage Index for Systemic Lupus Erythematosus

<i>Item</i>	Score	Puntuación
<i>Ocular</i> (ambos ojos, por evaluación clínica)		
Catarata ¹	1	
Cambios en la retina o atrofia óptica ²	1	
<i>Neuropsiquiátrico</i>		
Afectación cognitiva ³ (déficit de memoria, dificultad en el cálculo, dificultad para la concentración, dificultad con el lenguaje escrito o hablado, deterioro en el nivel de adaptación) o psicosis mayor ⁴	1	
Convulsiones ⁵ que requiriesen tratamiento durante 6 meses	1	
ACV ⁶ (score 2 si >1)	1(2)	
Neuropatía craneal o periférica (excluir neuropatía óptica) ⁷	1	
Mielitis transversa ⁸	1	
<i>Renal</i>		
Filtrado glomerular medido o calculado <50%	1	
Proteinuria >3,5 grs/24 horas	1	
Enfermedad renal terminal (independientemente de diálisis O trasplante)	3	
<i>Pulmonar</i>		
Hipertensión pulmonar (aumento del VD o refuerzo del P2)	1	
Fibrosis pulmonar (examen físico y radiológico)	1	
Pulmón encogido (Rx)	1	
Fibrosis pleural (Rx)	1	
Infarto pulmonar (Rx)	1	
Resección por causa distinta de neoplasia	1	
<i>Cardiovascular</i>		
Angina o <i>bypass</i> coronarios	1	
Infarto de miocardio (score 2 si >1)	1(2)	
Miocardiopatía (disfunción ventricular)	1	
Enfermedad valvular (soplo diastólico o sistólico >3/6)	1	

Item	Score	Puntuación
Pericarditis durante 6 meses o pericardiectomía	1	
Sistema vascular periférico		
Claudicación durante 6 meses	1	
Ulceración con pérdida de partes blandas	1	
Pérdida de tejido significativa y permanente (por ejemplo pérdida de dedos o miembros). Score 2 si >1 localización	1(2)	
Trombosis venosa con tumefacción, ulceración o éstasis venoso)	1	
Gastrointestinal		
Infarto o resección de duodeno "terminal", bazo, hígado o vesícula biliar por cualquier causa. Score 2 si >1	1(2)	
Insuficiencia mesentérica	1	
Peritonitis crónica	1	
Estenosis o cirugía del tracto gastrointestinal superior	1	
Musculoesquelético		
Atrofia muscular o debilidad	1	
Artritis erosiva o deformante (incluyendo deformidades reductibles, y excluyendo necrosis avascular)	1	
Osteoporosis con fractura o aplastamiento vertebral (excluyendo necrosis avascular)	1	
Necrosis avascular. Score 2 si >1	1(2)	
Cutáneo		
Alopecia crónica cicatricial	1	
Cicatrices extensas	1	
Ulceras cutáneas (excluyendo tumores) durante > 6 meses	1	
Fallo gonadal prematuro	1	
Diabetes (indistintamente del tratamiento)	1	
Malignidad (excluyendo displasia) score 2 si >1	1(2)	
Total		
Daño: Cambio irreversible, no relacionado con la actividad inflamatoria, ocurrido desde el diagnóstico de LES, verificado por la valoración clínica y presente al menos durante 6 meses, a menos que fuese secundario a otro proceso. Los episodios repetidos deben ocurrir con al menos 6 meses de intervalo para puntuar 2. La misma lesión no puede ser puntuada 2 veces.		

Gladman D, Ginzler E, Goldsmith C, Fortin P, Liang M, Urowitz M, et al. Systemic lupus international collaborative clinics: development of a damage index in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol. 1992;19(11):1820-1. [citado el 20 de abr de 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1362779/> PMID: 1362779.

ANEXO N. ° 7:

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SSI)

1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. <i>Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</i>
0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
1. Inseguridad sobre su valor
2. Seguro de su valor, capacidad
15. <i>Expectativas/espera del intento actual</i>
0. No
1. Incierto
2. Sí
16. <i>Preparación actual para el intento contemplado</i>
0. Ninguna
1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. <i>Nota suicida</i>
0. Ninguna
1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
2. Nota terminada
18. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</i>
0. Ninguno
1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. <i>Engaño/encubrimiento del intento contemplado</i>
0. Reveló las ideas abiertamente
1. Frenó lo que estaba expresando
2. Intentó engañar, ocultar, mentir

Eugenio-Torres SR, Zelada-Alcántara MB. Relación entre estilos de afrontamiento e ideación suicida en pacientes viviendo con VIH del GAM “Somos Vida” del hospital nacional Sergio E. Bernales de la ciudad de Lima [Internet]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2011 [citado el 20 de abr de 2026]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/1600>

ANEXO N. ° 8:

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan a menudo le han afectado alguno de los siguientes problemas? (Use «✓» para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer para hacer las cosas				
2. Sentirse triste, deprimido o sin esperanzas				
3. Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
4. Sentirse cansado o tener poca energía				
5. Mal apetito o comer en exceso				
6. Sentirse mal sobre sí mismo (o que es un fracaso o se ha decepcionado a usted o a su familia)				
7. Dificultad para concentrarse en actividades, como leer el periódico o ver televisión				
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas pueden haberlo notado. O lo contrario, sentirse tan nervioso e inquieto que ha estado moviéndose más de lo usual				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse a usted mismo de alguna manera				

Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabe-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. PLoS One. 2019;14(9):e0221717. doi: 10.1371/journal.pone.0221717

ANEXO N. ° 9:

ESCALA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

Trastorno de Ansiedad generalizada – Escala de 7 ítems (GAD-7)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
2. No ser capaz de detener o controlar las preocupaciones	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Tener problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Sentirse tan inquieto que no puede permanecer quieto	0	1	2	3
6. Enojarse fácilmente o irritable	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder	0	1	2	3
<i>Sumar el puntaje de cada columna</i>	+	+	+	
Puntaje Total (sumar puntajes de las columnas) =				

Villarreal-Zegarra D, Paredes-Angeles R, Mayo-Puchoc N, Arenas-Minaya E, Huarcaya-Victoria J, Copez-Lonzoy A. Psychometric properties of the GAD-7 (General Anxiety Disorder-7): a cross-sectional study of the Peruvian general population. BMC Psychol. 2024;12(1):183. doi: 10.1186/s40359-024-01688-8

ANEXO N. ° 10

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (DUKE-UNC-11)

INSTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas de las cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporciona. Elija para cada una las respuesta que mejor describa o refleje su situación:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.					
5. Recibo amor y afecto.					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Caycho-Rodríguez T, Domínguez-Lara S, Villegas G, Sotelo N, Carbajal-León C. Análisis psicométrico del Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK-11 en inmigrantes peruanos en Italia. Pensam Psicol. 2014;12(2). doi: 10.11144/javerianacali.ppsi12-2.apca