

Validación del “inventario de razones para vivir” (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia*

**Jenny García Valencia¹, Carlos Alberto Palacio Acosta²,
Gabriel Vargas³, Samuel Arias⁴, María Victoria Ocampo⁵,
Beatriz Aguirre⁶, Sergi Casals⁷, Jorge Calle⁸, Diana Restrepo⁹,
Carlos Alberto López Jaramillo¹⁰, Jorge Carlos Holguín Lew¹¹,
María Cecilia López Tobón¹², Patricia Montoya Guerra¹³,
Juan Carlos Arango Viana¹⁴, Héctor García¹⁵**

Resumen

Objetivo: Evaluar la estructura factorial, la confiabilidad y la validez de contenido y constructo de una versión en español para Colombia del Inventario de Razones para Vivir (RFL) en una muestra clínica de sujetos con intento de suicidio. *Método:* Se hicieron dos traducciones al español y dos traducciones en sentido inverso de cada uno de los ítems. Se examinó la

* La investigación realizada para escribir el artículo fue financiada por el CODI–Universidad de Antioquia (Código del proyecto: CIM-2278). El trabajo se basa en la tesis académica titulada “Validación del instrumento ‘Reasons for Living Inventory (RFL)’ en población clínica psiquiátrica colombiana”, para obtener el título de Especialista en Psiquiatría en el año 2007 en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Un versión preliminar de este trabajo fue presentada en el XLV Congreso Colombiano de Psiquiatría en Medellín, Colombia, en el 2006.

¹ Médica psiquiatra, MSc en epidemiología. Profesora del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

² Médico psiquiatra. MSc en epidemiología. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Director del Instituto de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

³ Médico psiquiatra. Grupo de Investigación en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

⁴ Médico. MSc en epidemiología. Medellín, Colombia.

⁵ Médica psiquiatra. Hospital Mental de Antioquia y Profesora del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

⁶ PhD en literatura comparada. Profesora de la Facultad de Comunicaciones de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

⁷ Filólogo. MSc en Lingüística. Profesor de la Escuela de Idiomas de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

⁸ Médico psiquiatra. Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

⁹ Médica psiquiatra. Profesora del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

validez del contenido y del constructo, la consistencia interna y la reproducibilidad prueba-reprueba. *Resultados:* La estructura factorial tiene seis dominios que explican el 63,5% de la varianza: "Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento", "Miedo a la muerte y a la desaprobación social", "Responsabilidad con la familia", "Preocupación por los hijos", "Percepción de incapacidad para el suicidio" y "Objeciones morales". La consistencia interna fue alta (Alfa de Cronbach=0,96), así como la reproducibilidad prueba-reprueba (CCI=0,89, IC95%: 0,78-0,94). Cuando se evaluó la validez del constructo encontramos diferencias significativas en las puntuaciones del RFL entre individuos con riesgo de suicidio alto y bajo, definido clínicamente. *Conclusiones:* La versión colombiana del RFL muestra buenas propiedades psicométricas en una población clínica con comportamiento suicida.

Palabras clave: suicidio, estudios de validación, escalas de valoración psiquiátrica.

Title: Validation of the Reasons for Living Inventory (RFL) in subjects with suicidal behavior in Colombia

Abstract

Objective: To evaluate the factor structure, reliability, and construct and content validity of the Colombian Spanish version of the Reasons for Living Inventory (RFL) in a clinical sample of subjects who attempted suicide. *Method:* Two translations into Spanish and two back-translations for each of the items were done. We assessed content and construct validity as well as internal consistency and test-retest reproducibility. *Results:* The factor structure has six domains which explain 63.5% of the variance: "survival and coping beliefs", "fear of death and social disapproval", "responsibility to family", "child-related concerns", "perception of incapacity for suicide" and "moral objections". The internal consistency was high (Cronbach's alpha=0.96), as was test-retest reproducibility (ICC=0.89, IC95%: 0.78-0.94). When assessing construct validity, we found significant differences between individuals with clinically defined high and low suicide risk in RFL scores. *Conclusions:* The RFL version for Colombia shows good psychometric properties in clinical population with suicidal behavior.

Key words: Suicide, validation studies, psychiatric status rating scales.

¹⁰ Médico Psiquiatra. Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

¹¹ Médico psiquiatra. MSc en psicopatología e historia de la psiquiatría. Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

¹² Trabajadora Social, Grupo de Investigación en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

¹³ Antropóloga. Grupo de Investigación en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

¹⁴ Médico PhD. Profesor del Departamento de Patología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

¹⁵ Médico. MSc en epidemiología. Profesor. Grupo Académico de Epidemiología Clínica. Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Introducción

La conducta suicida es definida como una acción por medio de la cual un individuo intenta matarse, conociendo las consecuencias letales del acto (1). Se ha estimado que cerca de un millón de personas se suicidan cada año en el mundo, y un número diez veces mayor lo intenta, en ese mismo periodo (2).

Los instrumentos de autorreporte para evaluar el riesgo de suicidio han ganado popularidad, debido a que aportan información útil, tanto para tomar medidas preventivas como para tratar a las personas con comportamiento suicida (3,4). La mayoría de estos instrumentos se han centrado en la letalidad del intento y en la identificación de las características del individuo que podrían aumentar la probabilidad de suicidio (5-7). El “inventario de razones para vivir” (RFL, por sus siglas en inglés *reasons for living inventory*) fue diseñado en 1983 por Marsha Linehan. El RFL es una escala que se enfoca en las particularidades adaptativas que evitan que el individuo tome la decisión de suicidarse (8,9). Es un instrumento de autorreporte, con ítems consistentes en afirmaciones que son calificadas en orden de importancia usando una escala de seis puntos tipo Likert.

Un grupo de 65 estudiantes adultos de la comunidad generaron, originalmente, 343 ítems, de los cuales 72 fueron seleccionados en

un proceso de inclusión y exclusión y luego sometidos a análisis factorial exploratorio en dos muestras de voluntarios adultos, de 218 y 213 sujetos, respectivamente. Como resultado, 48 ítems fueron conservados y se agruparon en seis dominios que fueron llamados: 1. creencias de supervivencia y afrontamiento (24 ítems); 2. responsabilidad con la familia (7 ítems); 3. preocupaciones relacionadas con los hijos (3 ítems); 4. miedo a suicidarse (7 ítems); 5. miedo a la desaprobación social (3 ítems), y 6. objeciones morales (4 ítems) (9).

Cada dominio de la escala se califica de la siguiente manera: las puntuaciones de cada ítem se suman y el resultado es dividido por el número total de ítems de ese dominio. La puntuación total del RFL se obtiene con el promedio de los resultados de los seis dominios (8).

El RFL ha mostrado una consistencia interna alta tanto para la escala total (alfa de Cronbach, 0,89), como para cada dominio en las validaciones en población general (alfa de Cronbach, entre 0,72 y 0,89). Los valores son aún mayores en poblaciones clínicas (alfa de Cronbach, entre 0,77 y 0,93) (3,9).

Respecto a la validez de constructo, la escala ha demostrado que discrimina entre individuos con y sin conducta suicida, lo cual ha sido corroborado en diferentes poblaciones y grupos culturales (3,10-13). En pacientes psiquiátricos hospitalizados, el dominio “creencias de supervivencia y afrontamiento” ha

demostrado tener una correlación importante con la gravedad de los intentos de suicidio (14).

La validez concurrente del RFL ha sido demostrada por el hecho de que sus puntuaciones están correlacionadas negativamente con las de otras escalas de riesgo de suicidio, como: *suicide probability scale* (SPS), *suicidal behaviors questionnaire* (SBQ) y *suicide intent scale* (SIS) (coeficientes de correlación entre -0,16 y -0,76) (13-15). La validez concurrente también ha sido evaluada en población clínica psiquiátrica, tomando un punto de corte de 3,8 en el RFL y como patrón de referencia (*gold standard*), los intentos de alta letalidad. Se observó que el RFL tenía una sensibilidad del 61%, una especificidad del 82%, un valor predictivo positivo del 66% y un valor predictivo negativo del 79% (3).

El RFL tiene buenas propiedades psicométricas y está basado en teorías cognitivas del comportamiento suicida, en las cuales las creencias, expectativas y capacidades del individuo son mediadores importantes de dicho comportamiento (15). Además, el RFL ha sido ampliamente utilizado en investigación sobre conducta suicida (16-19). Por consiguiente, es importante que este instrumento esté disponible en Colombia para propósitos clínicos y de investigación. Sin embargo, como esta escala fue diseñada originalmente en un contexto cultural y lingüísticamente diferente, antes

de ser aplicada debe ser adaptada apropiadamente por medio de un proceso de validación, indispensable para preservar su utilidad (20). Consideramos conveniente validar la escala en una población relevante desde el punto de vista clínico, como es la de aquellos individuos que han intentado suicidarse recientemente.

Los objetivos del presente estudio fueron traducir y adaptar el RFL para población clínica psiquiátrica colombiana, y evaluar la confiabilidad y validez de constructo y contenido de esta escala en sujetos con conducta suicida reciente.

Métodos

Para la ejecución del presente estudio se obtuvo el permiso de la autora de la escala, Marsha Linehan. El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por los comités de ética de las facultades de medicina de la Universidad de Antioquia y de la Universidad Pontificia Bolivariana, de los hospitales San Vicente de Paúl y Mental de Antioquia, y de las clínicas Samein, Insam y Las Américas, de Medellín, Colombia.

Traducción y adaptación

El objetivo de esta etapa fue producir una versión en español del RFL que tuviera equivalencia translíngüística y transcultural con la versión original en inglés. La escala fue traducida y adaptada siguiendo

el proceso regular de traducción y traducción en sentido inverso. Los ítems de la escala fueron traducidos del inglés al español por dos traductores de manera independiente, quienes estaban familiarizados tanto con el instrumento como con sus objetivos. Los dos traductores y un comité de revisión constituido por cuatro psiquiatras y dos profesores de idiomas revisaron ambas traducciones y acordaron una versión compuesta que incluía modificaciones para una mejor adaptación del instrumento. La versión compuesta fue luego traducida de nuevo al inglés por dos traductores diferentes, quienes no tenían acceso a la versión original de la escala.

El comité de revisión y los traductores compararon ambas traducciones en sentido inverso y resolvieron las inconsistencias para producir una versión compuesta de la traducción inversa, la cual fue, entonces, comparada con la escala original. Cuando se encontraron inconsistencias se realizaron modificaciones, hasta que todos los miembros del comité estuvieran de acuerdo en que las versiones original y traducida tenían idénticos significado y contenido. El comité también hizo los ajustes necesarios teniendo en cuenta las particularidades de la población colombiana. Un grupo de psiquiatras expertos revisó si la escala cubría todas las razones importantes que la gente podría tener para no suicidarse.

En un estudio piloto llevado a cabo con 20 sujetos, la escala mostró

ser fácilmente aplicable, aunque se requirió supervisión para algunos sujetos con baja escolaridad. La duración promedio de aplicación de la escala fue de $28,2 \pm 16,5$ minutos. Después del estudio piloto, el ítem 34, cuya traducción literal fue "Considero esto moralmente incorrecto" se cambió por "Me parece que está mal hecho", debido a que la primera versión presentaba problemas de comprensión, pues en una proporción importante de miembros de este grupo, la palabra "moral" tenía connotaciones sexuales.

Sujetos y procedimientos

Todos los sujetos que habían sido atendidos por intento de suicidio en los servicios de urgencias de las instituciones anteriormente mencionadas fueron invitados a participar en el estudio. Se excluyeron aquéllos con psicosis y analfabetismo. Cada individuo recibió información clara y veraz acerca del propósito y objetivos de este estudio y la naturaleza de su participación, como, también, que su decisión no iba a influir en el tratamiento. Quienes decidieron participar firmaron el consentimiento informado. Posteriormente, se les pidió que llenaran el cuestionario RFL. Este procedimiento se llevó a cabo dentro de los tres primeros días después del intento de suicidio. Los sujetos con un estado alterado de conciencia o con problemas médicos serios fueron reclutados después de la recuperación.

Para la determinación de la estructura factorial, y de acuerdo con las recomendaciones para la realización de análisis factorial, se requiere tomar una muestra de 5 a 10 sujetos por cada ítem de la escala (21). Por consiguiente, se tomaron 240 personas (el RFL tiene 48 ítems).

Las formas de confiabilidad examinadas fueron consistencia interna y *reproducibilidad* prueba-reprueba. En el mismo grupo de sujetos en el que se determinó la estructura factorial, se evaluó la consistencia interna, y la reproducibilidad prueba-reprueba se examinó en una muestra de 44 sujetos, mediante una nueva aplicación del RFL, tres días después. El tamaño de esta última muestra fue calculado empleando la fórmula de Donner para estudios de reproducibilidad (22). Se usaron los siguientes datos: total de mediciones: 2; H_0 : coeficiente de correlación intraclase = 0,6; H_1 : coeficiente de correlación intraclase = 0,8; error tipo I = 0,05, y error tipo II = 0,20.

La evaluación de la validez de constructo fue llevada a cabo mediante:

1. Comparación de las puntuaciones del RFL en individuos que usaron métodos violentos en el intento de suicidio, como: ahorcamiento, herida con arma cortopunzante, herida por arma de fuego, saltar de un lugar alto o frente a un vehículo en movimiento.
2. Determinación de la correlación entre el número de intentos previos y las puntuaciones del RFL.
3. Comparación de un grupo de individuos hospitalizados por alto riesgo de suicidio y que habían intentado suicidarse recientemente, con otro grupo de sujetos atendidos en consulta externa de psiquiatría y clasificados como de bajo riesgo. Esta clasificación del riesgo de suicidio fue realizada mediante entrevista con los psiquiatras investigadores (quienes no desconocían los resultados de la aplicación de la escala), previa estandarización de las definiciones de riesgo. Después de la entrevista se les pidió a los sujetos que diligenciaran el RFL. El tamaño de la muestra fue de 51 personas por grupo y se calculó con la fórmula para comparación de promedios entre dos grupos independientes, usando: un error tipo I de 0,05; un error tipo II de 0,1 (recomendado para evaluar esta clase de validez) (23); un promedio esperado de 3,6 en el grupo de alto riesgo y de 4,3 en el grupo de bajo riesgo, y una desviación estándar de 0,7. Los promedios y desviaciones estándar fueron tomados del estudio de Osman en 1999 (3).

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 13.0. Para describir las características demográficas de los sujetos participantes, se emplearon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medianas y rangos intercuartílicos para las cuantitativas, ya que estas últimas no tenían distribución normal, lo cual fue demostrado con la prueba de Shapiro-Wilk.

Se realizó análisis de componentes principales para determinar la estructura factorial de la escala. La pertinencia del análisis factorial fue evaluada con la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Para la selección de los factores se empleó el criterio gráfico (screen plot) (24) y para determinar qué ítems pertenecían a cada factor, sólo se tomaron aquéllos con cargas factoriales mayores de 0,40. Se hizo rotación de Varimax.

Para evaluar la consistencia interna, se calculó alfa de Cronbach para cada uno de los dominios obtenidos en el análisis factorial y la escala completa. Se consideró aceptable un valor entre 0,7 y 0,9 (20).

Se empleó coeficiente de correlación intraclase (CCI) para evaluar la reproducibilidad prueba-reprueba, el cual fue calculado para la puntuación total de la escala y cada uno de los dominios obtenidos en el análisis factorial. Se consideró aceptable un CCI mayor de 0,6 (20).

Con el fin de comparar las puntuaciones del RFL entre los grupos de alto y bajo riesgo, y las de los individuos que intentaron suicidarse por métodos violentos y no-violentos, se empleó la U de Mann-Whitney. La correlación de las puntuaciones del RFL total y cada uno de sus dominios con el número de intentos de suicidio se evaluó con el coeficiente de correlación de Spearman. Se escogieron estas pruebas porque los datos no seguían una distribución normal, lo cual fue probado con la prueba de Shapiro-Wilk. Se fijó un nivel de significación de 0,05.

Resultados

Determinación de la estructura factorial en una población con conducta suicida

La Tabla 1 muestra las características demográficas y clínicas de los individuos con intento de suicidio incluidos en la determinación de la estructura factorial. La mediana de edad fue de 26 años (rango intercuartílico: 21-37 años) y la mediana de escolaridad fue de 11 años (rango intercuartílico: 6-11,2).

Antes del análisis factorial se verificó la frecuencia de no-respuesta, y se observó que era baja (2,9%) y estaba dentro de los límites aceptables (25). Los ítems con este porcentaje de no-respuesta fueron el número 18 ("Temo que mi método de suicidarme no funcione") y el número 21 ("No sería justo dejar a mis hijos para que los cuiden

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los sujetos con intento de suicidio incluidos en la determinación de la estructura factorial

Características	Frecuencia n = 240	Porcentaje (%)
Sexo		
- Masculino	99	41,2
- Femenino	141	58,8
Estado civil		
- Casado	39	16,2
- Soltero	111	46,2
- Unión libre	43	17,9
- Divorciado o separado	41	17,1
- Viudo	6	2,6
Ocupación		
- Estudiante	42	17,5
- Empleado	94	39,2
- Desempleado	55	22,9
- Ama de casa	48	20,0
- Retirado	1	0,4
Historia familiar de intento de suicidio	64	26,7
Historia familiar de suicidio	29	12,1
Intento de suicidio durante intoxicación por sustancias psicoactivas	49	20,4
Trastorno depresivo mayor	149	62,1
Trastorno de ajuste	62	25,8
Trastorno distímico	5	2,1
Trastorno bipolar, episodio depresivo	15	6,2
Trastorno bipolar, episodio mixto	3	1,2
Dependencia al alcohol	11	4,6
Abuso de alcohol	1	0,4
Dependencia a otras sustancias	12	5,0
Trastorno de estrés postraumático	2	0,8
Trastorno de pánico	2	0,8
Otros trastornos psiquiátricos	11	4,6
Trastorno de personalidad	45	18,7
Método		
- Sobredosis de medicamentos	86	35,8
- Intoxicación con venenos	100	41,7
- Ahorcamiento	9	3,8
- Herida por arma cortopunzante	26	10,8
- Herida por proyectil de arma de fuego	3	1,2
- Saltar desde una altura	12	5,0
- Saltar frente a un vehículo en movimiento	4	1,7

otros"). Los valores perdidos fueron manejados por medio de imputación, usando los valores promedio.

Después de evaluar la pertinencia del análisis factorial mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO

= 0,95), se realizó análisis de componentes principales y se encontraron seis dominios que explicaron el 63,5% de la varianza (Tabla 2). Estos dominios fueron denominados así: 1. "creencia en la vida y capacidad de

afrentamiento” (valor propio = 14,6, explica el 30,6% de la varianza); 2. “miedo a la muerte y la desaprobación social” (valor propio = 3,8, explica el 8,03% de la varianza); 3. “responsabilidad con la familia” (valor propio = 3,7, explica el 7,8% de la varianza);

4. “preocupación por los hijos” (valor propio = 2,9, explica el 6,1% de la varianza); 5. “percepción de incapacidad para el suicidio” (valor propio = 2,7, explica el 5,6% de la varianza), y 6. “objeciones morales” (valor propio = 2,6, explica el 5,4% de la varianza).

Tabla 2. Estructura factorial de la versión colombiana del RFL en población con conducta suicida reciente

Ítems	Factores					
	1	2	3	4	5	6
01. Tengo responsabilidades y compromisos con mi familia			0,68			
02. Creo poder adaptarme y enfrentar mis problemas	0,49					
03. Creo tener control sobre mi vida y mi destino	0,58					
04. Deseo vivir	0,74					
05. Creo que sólo Dios tiene derecho a quitar la vida	0,53					0,46
06. Le tengo miedo a la muerte		0,49				
07. Mi familia podría pensar que no la quiero			0,65			
08. No creo que las cosas se vayan a poner tan difíciles e irremediables que prefiera estar muerto	0,35	0,21	0,38	0,05	0,14	0,09
09. Mi familia depende de mí y me necesita			0,65			
10. No quiero morir	0,70					
11. Quiero ver crecer a mis hijos				0,83		
12. La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada	0,71					
13. Tengo planes para el futuro que me gustaría llevar a cabo	0,78					
14. Por muy mal que me sienta, sé que estos problemas pasarán	0,76					
15. Le tengo miedo al más allá		0,47				
16. Quiero mucho a mi familia, disfruto estando con ella y no podría dejarla			0,53			
17. Quiero vivir todo lo que la vida ofrece, y aún hay muchas experiencias que no he tenido y me gustaría tener	0,82					
18. Temo que mi método de suicidarme no funcione					0,68	
19. Me quiero lo suficiente, lo que me anima a seguir viviendo	0,76					
20. La vida es muy bella y valiosa para ponerle fin	0,78					
21. No sería justo dejar a mis hijos para que los cuiden otros				0,89		
22. Creo poder encontrar otras soluciones a los problemas	0,73					
23. Tengo miedo de irme al infierno						0,65

(Continúa)

(Continuación)

Ítems	Factores					
	1	2	3	4	5	6
24. Amo la vida	0,75					
25. Soy demasiado equilibrado como para pensar en suicidarme	0,60					
26. Soy un cobarde y no tengo el valor de suicidarme					0,50	
27. Mis creencias religiosas me lo prohíben						0,63
28. Podría ser dañino para mis hijos				0,86		
29. Tengo curiosidad sobre lo que pasará en el futuro	0,73					
30. Le haría daño a mi familia y no quiero hacerla sufrir			0,56			
31. Me preocupa lo que los otros piensen de mí		0,64				
32. Creo que las cosas van a salir de la mejor manera	0,81					
33. No podría decidir cómo, cuándo y dónde lo haría					0,55	
34. Me parece que está mal hecho	0,62					
35. Todavía me quedan muchas cosas por hacer	0,85					
36. Tengo el valor de enfrentarme a la vida	0,80					
37. Estoy feliz y satisfecho con mi vida	0,70					
38. Le tengo miedo al acto de suicidarme (al dolor, la sangre)		0,45				
39. Creo que suicidándome no lograría ni resolvería nada	0,58					
40. Tengo la esperanza de que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz	0,81					
41. La gente pensaría que soy débil y egoísta		0,61				
42. Tengo una fuerza interior que me impulsa a vivir	0,80					
43. No quisiera que la gente pensara que no tenía control sobre mi vida		0,63				
44. Creo que puedo encontrar un propósito en la vida, una razón para vivir.	0,79					
45. No tengo razones para adelantar la muerte	0,47					
46. Soy tan incapaz que mi método de suicidarme no funcionaría					0,63	
47. No quisiera que mi familia se sintiera culpable después			0,51			
48. No quiero que mi familia piense que soy egoísta o cobarde			0,52			

* Factor 1: creencia en la vida y capacidad de afrontamiento. Valor propio: 14,6, varianza: 30,6%.

Factor 2: miedo a la muerte y la desaprobación social. Valor propio: 3,8, varianza: 8,03%.

Factor 3: responsabilidad con la familia. Valor propio: 3,7, varianza: 7,8%.

Factor 4: preocupación por los hijos. Valor propio: 2,9, varianza: 6,1%.

Factor 5: percepción de incapacidad para el suicidio. Valor propio: 2,7, varianza: 5,6%.

Factor 6: objeciones morales. Valor propio: 2,6, varianza: 5,4%.

El ítem 5, “creo que sólo Dios tiene derecho a quitar la vida”, tenía cargas factoriales altas en los dominios 1 y 6. Ya que en la escala original este ítem pertenecía al dominio relacionado con objeciones morales, se dejó en el 6. Las cargas del ítem 8, “no creo que las cosas se vayan a poner tan difíciles e irremediables que prefiera estar muerto”, fueron muy bajas ($< 0,4$) y similares en varios dominios, por tanto ese ítem no fue excluido de la escala.

Confiabilidad

Consistencia interna

La consistencia interna fue evaluada en los 47 ítems que quedaron después del análisis factorial. El alfa de Cronbach fue de 0,96, que indica la presencia de ítems redundantes, debido a su alto valor (20). Los valores de alfa de Cronbach para cada uno de los dominios fueron los siguientes: 0,97 para el 1 (“creencia en la vida y capacidad de afrontamiento”); 0,85 para el 2 (“miedo a la muerte y la desaprobación social”); 0,84 para el 3 (“responsabilidad con la familia”); 0,90 para el 4 (“preocupación por los hijos”); 0,66 para el 5 (“percepción de incapacidad para el suicidio”), y 0,73 para el 6 (“objeciones morales”).

Reproducibilidad prueba-reprueba

La puntuación total del RFL tenía una buena reproducibilidad

prueba-reprueba (CCI = 0,89, IC 95%: 0,78-0,94), así como también de cada dominio: 1. “creencia en la vida y capacidad de afrontamiento” (CCI = 0,87, IC 95%: 0,73-0,94); 2. “miedo a la muerte y la desaprobación social” (CCI = 0,86, IC 95%: 0,74-0,92); 3. “responsabilidad con la familia” (CCI = 0,67, IC 95%: 0,25-0,84); 4. “preocupación por los hijos” (CCI = 0,94, IC 95%: 0,89-0,97); 5. “percepción de incapacidad para el suicidio” (CCI = 0,57, IC 95%: 0,20-0,77), y 6. “objeciones morales” (CCI = 0,92, IC 95%: 0,83-0,96).

Validez de constructo

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de individuos que usaron métodos violentos para intentar suicidarse y aquellos que emplearon otros métodos, tanto en la puntuación total del RFL, como, también, en la de los dominios 1, 2, 3 y 6 (Tabla 3). De manera similar, se hallaron correlaciones negativas entre la puntuación total del RFL y el número de intentos de suicidio previos ($r = -0,35$, $p < 0,0001$). Algo parecido se observó para los dominios 1 (“creencia en la vida y capacidad de afrontamiento”) ($r = -0,4$, $p < 0,0001$), 2 (“miedo a la muerte y la desaprobación social”) ($r = -0,39$, $p < 0,0001$), 3 (“responsabilidad con la familia”) ($r = -0,25$, $p < 0,0001$), 4 (“preocupación por los hijos”) ($r = -0,24$, $p < 0,0001$) y 6 (“objeciones

morales") ($r = -0,29$, $p < 0,0001$). Sin embargo, no hubo una correlación significativa para el dominio 5 ("percepción de incapacidad para el suicidio") ($r = -0,11$, $p = 0,06$).

Tabla 3. Evaluación de la validez de constructo. Puntuaciones del RFL en sujetos que emplearon métodos violentos y no-violentos para intentar suicidarse

Dominio	Métodos violentos n = 56		Métodos no-violentos n = 184		U de Mann-Whitney	p
	Mediana	Rango intercuartílico	Mediana	Rango intercuartílico		
1. Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento	3,9	2,3-5,1	5	3,8-5,6	3.422,5	0,001
2. Miedo a la muerte y la desaprobación social	2,8	1,7-3,9	3,8	2,2-4,8	3.724,5	0,005
3. Responsabilidad con la familia	4,4	3,6-5,3	5	4-5,7	3.984	0,03
4. Preocupación por los hijos	4,3	1,9-5,7	5	2,1-6	4.262	0,10
5. Percepción de incapacidad para el suicidio	3,2	2,2-4	3,5	2,5-4,2	4.326	0,15
6. Objeciones morales	4	1,9-5	4,3	3-5,3	3.935	0,02
Puntuación total	3,7	2,5-4,5	4,3	3,3-4,9	3.722	0,005

La Tabla 4 muestra las características demográficas y clínicas de los grupos clasificados como de alto y bajo riesgo de suicidio. Las puntuaciones del dominio 1 ("creencia en la vida y capacidad de afrontamiento") fueron más bajas en aquéllos con alto riesgo que

en los de bajo riesgo ($p < 0,0001$). En contraste, para el dominio 5 ("percepción de incapacidad para el suicidio"), las puntuaciones fueron mayores en el grupo de alto riesgo. No se encontraron diferencias significativas en los otros dominios (Tabla 5).

Tabla 4. Evaluación de la validez de constructo del RFL en grupos extremos (comparación entre individuos de alto riesgo y bajo riesgo de suicidio): características demográficas y clínicas

Características	Intento de suicidio y alto riesgo n = 51		Sin intento de suicidio y bajo riesgo n = 51	
	Mediana	Rango intercuartílico	Mediana	Rango intercuartílico
Edad	27	22-38	41,5	29,7-54,5
Escolaridad (años de educación)	11	7-12	11	6-13
Número de intentos de suicidio previos	1	0-2	0	0-0
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo				
- Masculino	22	43,1	22	43,1
- Femenino	29	56,9	29	56,9
Estado civil				
- Soltero	21	41,2	26	50,9
- Casado	8	15,7	16	31,4
- Unión libre	8	15,7	3	5,9
- Divorciado o separado	13	25,5	5	9,8
- Viudo	1	2	1	2
Ocupación				
- Estudiante	7	13,7	4	7,9
- Empleado	24	47,1	22	43,1
- Desempleado	10	19,6	9	17,6
- Ama de casa	10	19,6	10	19,6
- Retirado	0	0	4	7,9
- Sin dato	0	0	2	3,9
Historia familiar de intento de suicidio	12	23,5	5	10
Historia familiar de suicidio	6	11,8	2	4
Diagnóstico psiquiátrico				
- Trastorno depresivo mayor	40	78,4	9	18
- Trastorno de ajuste	6	11,8	1	2
- Trastorno bipolar, episodio depresivo	1	2	2	4
- Trastorno bipolar, periodo intercrítico	0	0	31	62
- Dependencia del alcohol	5	9,8	2	4
- Abuso de alcohol	0	0	2	4
- Dependencia a otras sustancias	3	5,9	1	2
- Trastorno de estrés posttraumático	1	2	0	0
- Otros	3	5,9	3	6

(Continúa)

(Continuación)

Características	Intento de suicidio y alto riesgo n = 51		Sin intento de suicidio y bajo riesgo n = 51	
	Mediana	Rango intercuartílico	Mediana	Rango intercuartílico
Método empleado para el intento de suicidio				
- Intoxicación con veneno	14	27,5	...	...
- Sobredosis de medicamentos	18	35,3	...	...
- Herida por arma cortopunzante	11	21,5	...	...
- Herida por arma de fuego	1	2	...	...
- Saltar desde una altura	2	3,9	...	...
- Otro	3	5,9	...	...

Tabla 5. Evaluación de la validez de constructo del RFL en grupos extremos (comparación entre individuos de alto riesgo y bajo riesgo de suicidio)

Dominio	Intento de suicidio y alto riesgo n = 51		Sin intento de suicidio y bajo riesgo n = 51		U de Mann-Whitney	p
	Mediana	Rango intercuartílico	Mediana	Rango intercuartílico		
1. Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento	3,66	2,66-4,89	4,88	4,11-5,44	740,5	< 0,0001
2. Miedo a la muerte y la desaprobación social	2,33	1,50-3,83	3,33	2,16-4,17	1.054,0	0,09
3. Responsabilidad con la familia	4,14	3-5,29	4,71	3,85-5,28	1.040,5	0,08
4. Preocupación por los hijos	4,33	1,66-5,66	4,33	2,66-6	1.215,5	0,56
5. Percepción de incapacidad para el suicidio	3,25	2,25-3,75	1,75	1-2,75	708,5	< 0,0001
6. Objeciones morales	3,33	2-4,66	4,33	2,66-5,66	1.105,5	0,19
Puntuación total	3,49	2,70-4,45	3,82	3,14-4,33	1.061,5	0,11

Discusión

En este estudio se validó el instrumento RFL en población adulta colombiana con conducta suicida. Es un instrumento fácilmente aplicable, aunque el diligenciamiento se tarda debido al número de ítems que contiene.

En contraste con otros procesos de validación, en los cuales se tomó población no-clínica o muestras heterogéneas de pacientes psiquiátricos hospitalizados para la determinación de la estructura factorial del RFL (3,9,15), en el presente estudio se incluyeron únicamente sujetos que habían tenido intentos de suicidio. Esto puede explicar algunas de las diferencias observadas entre el presente estudio y los mencionados.

Se encontraron seis dominios, como en otros estudios (3,13,26). El primero (“creencia en la vida y capacidad de afrontamiento”) explica la mayor parte de la varianza e incluye creencias relacionadas con expectativas para el futuro, la capacidad para afrontar los problemas y el deseo de vivir. Su contenido es similar al del primer dominio de la versión original del RFL, pero también incluye el ítem 34, que se cambió por “me parece que está mal hecho” debido a que la palabra moral fue interpretada con otro sentido por los sujetos del estudio piloto. Este ajuste probablemente ocasionó que este ítem no tuviera una carga factorial alta en el dominio 6 (“objecio-

nes morales”), como era esperado. El ítem 8, que pertenecía al primer dominio en la versión original, fue excluido de la escala, porque sus cargas factoriales eran muy bajas en todos los dominios.

Los dominios 3 (“responsabilidad con la familia”) y 4 (“preocupación por los hijos”) tienen exactamente los mismos ítems que sus contrapartes en la versión original de la escala. El dominio 6 (“objeciones morales”) es también similar al de la escala original (9), excepto que le falta el ítem 8, que cargaba en el primer factor, como se explicó anteriormente. Los ítems de la escala original que pertenecían al dominio “miedo a la desaprobación social” y algunos del de “miedo a la muerte” (9) conformaron nuestro segundo dominio, que se denominó “miedo a la muerte y a la desaprobación social”. El hecho de que esos dos dominios se hayan fusionado en uno solo tiene sentido desde el punto de vista clínico, ya que ambos están relacionados con el temor a suicidarse.

Cuatro de los ítems que pertenecían al dominio “miedo a la muerte” en la versión original del RFL fueron agrupados en un nuevo dominio separado llamado “percepción de incapacidad para el suicidio”. Esos ítems expresan que los sujetos tienen una autoimagen negativa y creen que son incapaces de suicidarse. Posiblemente se agruparon juntos por las características del grupo analizado, que tenía una alta

frecuencia de trastornos depresivos, y todos habían intentado suicidarse. Sin embargo, es similar al segundo dominio encontrado en el análisis factorial de la validación del RFL en población general sueca, denominado "miedo a los aspectos prácticos del suicidio" (27).

Respecto a la consistencia interna de la versión colombiana del RFL, los valores de alfa de Cronbach muestran una adecuada consistencia interna en cada dominio, excepto en el primero, que indica la existencia de ítems redundantes. En vista de esto, sería aconsejable reducir el número de ítems para mejorar la utilidad de la escala, que además es muy larga, lo que aumenta la probabilidad de errores al diligenciarla. Por esta razón, ya se ha diseñado y validado una versión reducida del RFL, que tiene la ventaja de ser aplicable en poco tiempo, lo que la hace una herramienta de tamización útil en la práctica clínica (28). No obstante, esta versión reducida es tan corta que no tiene el mismo potencial del RFL para identificar las razones importantes de un individuo para permanecer con vida y no reemplaza en su contenido la versión completa del RFL. En consecuencia, el número de ítems del RFL podría ser reducido de manera que su utilidad mejore para el uso clínico, sin perder contenido.

La reproducibilidad prueba-reprueba fue apropiada para la puntuación total del RFL y también lo fue para cada uno de sus dominios,

similar a lo encontrado en otros estudios de validación (13,15).

Al evaluar la validez de constructo comparando sujetos de alto y bajo riesgo de suicidio, se observó que la puntuación del primer dominio ("creencia en la vida y capacidad de afrontamiento") era más alta en los sujetos de bajo riesgo. La relevancia del primer dominio para discriminar entre sujetos con alto y bajo riesgo ya ha sido reportada en varios estudios (14,29).

La puntuación del quinto dominio ("percepción de incapacidad para el suicidio") fue mayor en los sujetos de alto riesgo que en los de bajo. Esto va contra la tendencia general de los dominios del RFL, en la cual el alto riesgo es atribuido a las puntuaciones más bajas. Las puntuaciones mayores en los individuos de alto riesgo pueden deberse a síntomas depresivos, que son más frecuentes y los llevan a percepción de incapacidad y minusvalía. Adicionalmente, las puntuaciones del RFL y los dominios "creencia en la vida y capacidad de afrontamiento", "miedo a la muerte y a la desaprobación social", "responsabilidad con la familia" y "objeciones morales" (1, 2, 3 y 6, respectivamente) fueron más altas en aquellos que usaron métodos de suicidio no-violentos. Además, mientras más alto es el número de intentos de suicidio previos, menor la puntuación en todos los dominios. Se ha sugerido que los métodos violentos y el número de intentos previos son factores de

riesgo para suicidio, y pueden ser usados como una aproximación indirecta al riesgo alto de reincidencia en la conducta suicida (30,31). Por consiguiente, las asociaciones significativas encontradas en el presente estudio sugieren que el RFL tiene validez de constructo.

Es necesario evaluar la validez de criterio del RFL, tanto concurrente como predictiva. Para examinar la validez de criterio concurrente, sería aconsejable analizar la correlación del RFL con otras escalas de riesgo de suicidio, pero, desafortunadamente, tales instrumentos no han sido validados en Colombia. Respecto a la validez de criterio predictiva, se deben hacer estudios de seguimiento. Otros investigadores siguieron por tres meses a sujetos que habían intentado suicidarse, pero no demostraron que el RFL tuviera una buena capacidad para predecir futuras conductas suicidas (3). En contraste, las puntuaciones bajas en el primer dominio se encontraron asociadas con un riesgo 6,8 veces mayor de conductas suicidas y autoagresivas, en otro estudio en el que se hizo seguimiento a pacientes con trastorno de personalidad límite durante seis meses (32). Como se ve, los resultados de los estudios anteriores son conflictivos, lo que sugiere que es necesario realizar estudios de mayor duración para determinar si la escala es válida para predecir suicidio.

La presente investigación fue llevada a cabo en una muestra clí-

nica de población adulta que había intentado suicidarse, lo cual limita el empleo de la escala a sujetos con estas características. Es necesario hacer validaciones en Colombia de esta escala en individuos sin trastornos mentales y en poblaciones clínicas psiquiátricas más heterogéneas.

Conclusiones

La versión para Colombia de la escala RFL es de fácil comprensión y aplicación, aunque toma demasiado tiempo diligenciarla para algunos sujetos. En población clínica psiquiátrica con intento de suicidio, la escala tiene una alta confiabilidad y presentó un desempeño adecuado en las pruebas empleadas para evaluar la validez de constructo.

Es necesario validar la escala en otros tipos de poblaciones clínicas y no-clínicas colombianas.

Agradecimientos

Agradecemos a los pacientes que participaron en la investigación y a las siguientes instituciones: Clínica Sa-mein, Clínica Insam, Clínica las Américas, Hospital Mental de Antioquia, Clínica Universitaria Bolivariana y Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y

- la salud: resumen. Washington DC: 2002.
2. World Health Organization. The World Health Report. 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: 2001.
 3. Osman A, Kopper BA, Linehan M, Barrios FX, Gutiérrez PM, Bagge CL. Validation of the adult suicidal ideation questionnaire and the reasons for living inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychol Assess.* 1999;11(2):115-123.
 4. Range LM, Stringer TA. Reasons for living and coping abilities among older adults. *Int J Aging Hum Dev.* 1996;43(1):1-5.
 5. Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol Rep.* 1974;34(2):445-6.
 6. Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale. Los Angeles: Western Psychological Services; 1982.
 7. Goldston D. Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents. Bethesda: National Institute of Mental Health; 2000.
 8. Linehan M. The Reasons for Living Inventory. In: Keller PA, Ri LG, (editors). *Innovations in Clinical Practice: a source book.* Florida: Professional Resource Exchange; 1985. 321-30 p.
 9. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(2):276-86.
 10. Chan DW. Reasons for living among Chinese adolescents in Hong Kong. *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25(3):347-57.
 11. Labelle R, Lachance L, Morval M. Validation of a French-Canadian version of the Reasons for Living Inventory. *Science et Comportement* 1996;24(2):237-48.
 12. Oquendo M, Baca-Garcia E, Graver R, Mora M, Montalvan V, Mann J. Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory. *Hispanic Journal of Behavioral Science.* 2000;22(3):369-81.
 13. Osman A, Jones K, Osman JR. The Reasons for Living Inventory: psychometric properties. *Psychol Rep.* 1991;69(1):271-8.
 14. Strosahl K, Chiles JA, Linehan M. Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: reasons for living, hopelessness, and depression. *Compr Psychiatry.* 1992;33(6):366-73.
 15. Osman A, Gifford J, Jones T, Lickiss L, Osman J, Wenzel R. Psychometric evaluation of the Reasons for Living Inventory. *Psychol Assess.* 1993;5(2):154-8.
 16. Loewenthal KM, MacLeod AK, Cook S, Lee M, Goldblatt V. The suicide beliefs of Jews and Protestants in the UK: how do they differ?. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2003;40(3):174-81.
 17. Oquendo MA, Dragatsi D, Harkavy-Friedman J, Dervic K, Currier D, Burke AK, et al. Protective factors against suicidal behavior in Latinos. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(7):438-43.
 18. Pompili M, Girardi P, Innamorati M, Tatarelli G, Ruberto A, Ferrari V, et al. Body uneasiness and suicide risk in a non-clinical sample of university students. *Arch Suicide Res.* 2007;11(2):193-202.
 19. Segal DL, Needham TN. An exploration of gender differences on the reasons for living inventory among older adults. *Death Stud.* 2007;31(6):573-81.
 20. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use.* 3 ed. Norfolk, Great Britain: Oxford University Press; 2003.
 21. Dawson Sanders B. *Métodos estadísticos para variables múltiples. Bioestadística médica.* Mexico DF: Manual Moderno; 1990. 239-64 p.
 22. Walter S, Eliasziw M, Donner A. Sample size and optimal designs for reliability studies. *Stat Med.* 1998;17(1):101-10.
 23. Gómez C, Ospina MB. Adaptación y validación de escalas. En: Ruiz A, Gomez C, Londoño D, (editor). *Investigación Clínica: Epidemiología Clínica Aplicada.* Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 2001. 69-84 p.
 24. Cattell RB. The scree test for the number of factors. *Multivariate Behav Res.* 1966;1(2):245-76.

25. de Vet HC, Adèr HJ, Terwee CB, Pouwer F. Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. *Qual Life Res* 2005;14(5):1203-18
26. Osman A, Gregg CL, Osman JR, Jones K. Factor structure and reliability of the Reasons for Living Inventory. *Psychol Rep.* 1992;70(1):107-12.
27. Dobrov E, Thorell LH. "Reasons For Living" --translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behaviour in a Swedish random sample. *Nord J Psychiatry.* 2004;58(4):277-85.
28. Ivanoff A, Joon-Jang S, Smyth NJ, Linehan MM. Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Brief Reasons for Living Inventory. *J Psychopathol Behav Assess.* 1994;16(1):1-13.
29. Malone KM, Oquendo MA, Haas AP, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry.* 2000;157(7):1084-8.
30. Schapira K, Linsley KR, Linsley A, Kelly TP, Kay DW. Relationship of suicide rates to social factors and availability of lethal methods: comparison of suicide in Newcastle upon Tyne 1961-1965 and 1985-1994. *Br J Psychiatry.* 2001;178:458-64.
31. Tejedor MC, Diaz A, Castillon JJ, Pericay JM. Attempted suicide: repetition and survival--findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;100(3):205-11.
32. Rietdijk EA, van den Bosch LM, Verheul R, Koeter MW, van den Brink W. Predicting self-damaging and suicidal behaviors in female borderline patients: reasons for living, coping, and depressive personality disorder. *J Pers Disord.* 2001;15(6):512-20.

Conflicto de interés: Los autores niegan cualquier conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 14 de septiembre del 2008

Aprobado para publicación: 12 de enero del 2009

Correspondencia

Jenny García

Departamento de Psiquiatría

Facultad de Medicina

Universidad de Antioquia

Calle 64 No. 51-D-38

Medellín, Colombia

jegava@une.net.co