

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA



**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE RAZONES PARA
VIVIR PARA ADOLESCENTES (RLF-A)**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE LICENCIADO DE PSICOLOGÍA
CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR

JORGE MAURICIO TOYAMA GALLA

ASESORA

DRA. PATRICIA MARTÍNEZ URIBE

Lima, Perú

Junio, 2018

Resumen

El presente estudio analiza las propiedades psicométricas de la Escala de Razones Para Vivir Para Adolescentes (RFL-A) en 486 adolescentes, de ambos sexos, estudiantes de un colegio privado de Lima Metropolitana, cuyas edades oscilaron entre los 13 y los 17 años. Se aplicó el RFL-A de Osman y colaboradores (1998), además de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), el Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R) y la Escala de Depresión Adolescente de Reynolds (RADS) para examinar la validez convergente y divergente de la escala. Los resultados mostraron una estructura factorial de cinco áreas idéntica al estudio original con un 66.54% de varianza explicada. El análisis de confiabilidad mostró una elevada consistencia interna con coeficientes alfa de Cronbach en un rango de .87 a .92 para las cinco áreas y de .93 para el total de la prueba. Las correlaciones del RFL-A con el SWLS y el área de Optimismo del LOT-R resultaron significativas y positivas, mientras que con el RADS resultaron significativas e inversas. Con ello, se confirma que el RFL-A es un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas para identificar y evaluar las razones para vivir en adolescentes, y de forma indirecta evaluar la presencia del riesgo suicida.

Palabras clave: Razones para vivir, adolescentes, satisfacción con la vida, optimismo disposicional, depresión

Abstract

The present study focuses on the psychometric properties of the Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A) in 486 students from a private school in Lima, Peru, whose ages fluctuate between 13 and 17 years old. The instruments used to determine the convergent and divergent validity of the RFL-A of Osman et al. (1998) were the Satisfaction with Life Scale (SWLS), the Life Orientation Test-Revisited (LOT-R) and Reynolds' Adolescent Depression

Scale. Results from the factorial analysis reveal a 5-dimensional structure similar to the original study with a 66.54% of explained variation. In addition, the reliability analysis shows a high internal consistency with Cronbach's coefficients ranging from .87 to .92 for the five areas and .93 for the whole scale. Significant correlations of the RFL-A with SWLS, Optimism from the LOT-R and RADS were found, these correlations were positive for the first two and negative for the last one. Therefore, this study confirms that the RFL-A possesses good psychometric properties, thus it is a viable instrument to identify and assess protective factors against suicide in adolescents, and to indirectly assess the presence of suicide risk.

Keywords: Reasons for living, adolescents, satisfaction with life, dispositional optimism, depression

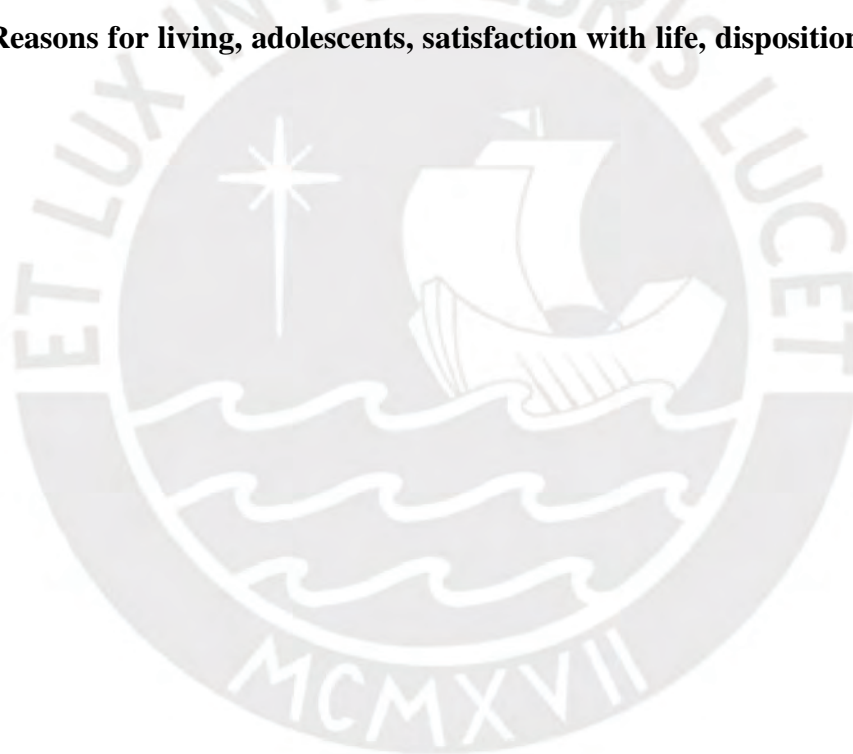
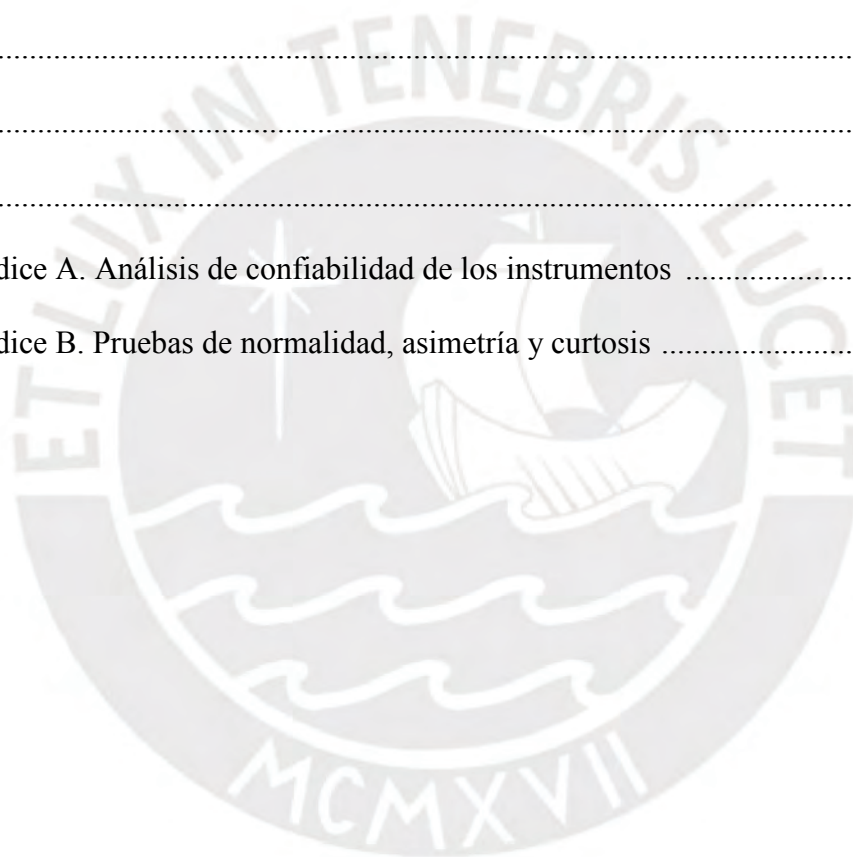


TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	01
Método	09
Participantes	09
Medición	09
Análisis de datos	13
Resultados	15
Discusión	19
Referencias	23
Apéndices	31
Apéndice A. Análisis de confiabilidad de los instrumentos	31
Apéndice B. Pruebas de normalidad, asimetría y curtosis	33



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) estima que alrededor de un millón de personas se suicidan anualmente, lo que representa un aumento del 60% en la tasa de suicidios en los últimos 45 años. Además, en el año 2000, el suicidio se colocó entre las 15 primeras causas de muerte a nivel mundial, mientras que en el 2011 se ubicó entre las 20 primeras (OMS, 2013). En este sentido, el suicidio y las conductas asociadas a éste (ideación, amenazas e intentos suicidas), son considerados problemas significativos para el campo de la salud pública (Gutiérrez, 2006).

En el Perú, estadísticas del año 2007 indican que la tasa de suicidio fue de 1.4 personas por cada 100000 habitantes (OMS, 2012). Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” ha recopilado datos estadísticos de una serie de estudios realizados entre el 2002 y el 2010. Estos estudios revelan que la prevalencia de deseos de morir en el último año varía en diferentes zonas del Perú, siendo la más alta de 16.9% en Ayacucho, y la más baja de 7.0% en Ica, mientras que Lima Metropolitana cuenta con una prevalencia de 8.5%. Asimismo, la prevalencia de intentos suicidas es mayor en Pucallpa y Lima, con 5.4% y 5.2% respectivamente, y menor en las áreas rurales de Lima y la Sierra, con 1.2% y 0.6% (INSM, 2012).

En los últimos años, las tasas de suicidio se han ido estabilizado, e incluso reduciendo en algunos países; sin embargo, se ha podido observar que los casos de suicidio en adolescentes y jóvenes han ido en aumento, y actualmente conforman un grupo en riesgo (Gutiérrez, 2006; OMS, 2012; Wasserman, Cheng & Jiang, 2005).

En el Perú, un estudio realizado con 1450 estudiantes preuniversitarios de Lima Metropolitana, con edades entre los 15 y 24 años, reveló que el 48% ha tenido alguna vez en su vida deseos de morir, 25.2% ha tenidos estos deseos en el último año, y 8.8% en el último mes. De la misma manera, el 30% ha tenido ideación suicida alguna vez en su vida, el 15.6% en el último año, y 6% en el último mes. Por otro lado, el 15.1% alguna vez en su vida ha elaborado un plan para suicidarse, el 7.6% ha elaborado un plan en el último año, y el 2.9% en el último mes. Finalmente, el 8.7% ha tenido un intento suicida en su vida, el 4.3% ha tenido un intento suicida en el último año, y el 1.7% en el último mes (Muñoz, Pinto, Callata, Napa & Perales, 2006). En esta misma línea, otro estudio realizado en Pucallpa con 530 escolares de edades entre 12 y 19 años, mostró que un 31.3% ha tenido deseos de morir, un 21.1% ha

pensado en suicidarse, y un 18.1% ha tenido algún intento de suicidio (Cano, Gutiérrez & Nizama, 2009).

Muchos autores señalan que las conductas suicidas forman parte de un continuo que va desde la ideación suicida, a los intentos de suicidio, y que puede terminar o no en el suicidio consumado (Botega, Barros, Bosco, Dalgalarondo & Marín-León, 2005; Cruz Rodríguez, Moreira Rios, Orraca Castillo, Pérez Moreno & Hernández González, 2011; Judge & Billick, 2004; Miller & Eckert, 2009). De acuerdo con Miller y Eckert (2009), la ideación suicida consiste en aquellos pensamientos que preceden a una conducta suicida; y el intento suicida es la conducta de daño a sí mismo con la intención de ocasionar la muerte, pero que no necesariamente resulta en la misma.

Con relación a ello, existen una serie de factores de riesgo que pueden precipitar una conducta suicida, tanto para la población en general, como para el caso particular de los adolescentes. Existen dos factores de riesgo predominantes en la conducta suicida: la presencia de psicopatología, particularmente trastornos de ansiedad, adicciones o trastornos del estado de ánimo, como la depresión; y el tener una historia de ideación y/o intentos de suicidio (Cruz Rodríguez, Moreira Rios, Orraca Castillo, Pérez Moreno & Hernández González, 2011; Miller & Eckert, 2009; Rudell & Curwen, 2002; Westefeld et al., 2000).

Para el caso de los adolescentes, algunos autores plantean que hay tres factores de riesgo predominantes: un intento previo de suicidio, un trastorno del estado de ánimo, o el abuso de sustancias (AACAP, 2001; Cruz Rodríguez, Moreira Rios, Orraca Castillo, Pérez Moreno & Hernández González, 2011; Evans, Hawton & Rodham, 2004; Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003; Judge & Billick, 2004; Kadisak, 2007; Silva et al., 2017). Otro factor de riesgo que influye en la conducta suicida de los adolescentes es la desesperanza (Andrade Salazar & Gonzáles Portillo, 2017; Miller & Eckert, 2009; Thompson, Mazza, Herting, Randell & Eggert, 2005). Ésta es una cognición que influye en los pensamientos y conductas suicidas, haciendo que el individuo tenga una percepción negativa sobre el futuro. De esta manera, si el individuo cree que la vida es un ciclo interminable de dolor y sufrimiento, puede llevarlo a pensar que el suicidio es una mejor opción a continuar viviendo (Ruddell & Curwen, 2002). Sin embargo, las investigaciones han mostrado que su poder predictivo no es muy alto, en comparación con otros constructos como las razones para vivir (Gutiérrez, Osman, Kopper & Barrios, 2000; Van Orden, Witte, Selby, Bender & Joiner, 2008). Por lo que evaluar solamente la desesperanza no ayudaría a identificar todos los casos con riesgo suicida.

Además, mediante comparaciones de grupos se ha podido identificar diferencias en la conducta suicida de los adolescentes, a nivel de sexo, edad, estatus socioeconómico y apoyo

social. En cuanto al sexo, las mujeres reportan más ideación e intentos suicidas que los hombres; sin embargo, los hombres tienen mayor probabilidad de llegar a consumar el suicidio, con un ratio que puede llegar a ser de 5 a 1 (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Cooper, Clements & Holt, 2011; Miller & Eckert, 2009; Steele & Dooley, 2007; Van Orden et al., 2008). Gould, Greenberg, Velting y Shaffer (2003) señalan que las diferencias en las tasas de suicidio consumado se pueden relacionar a los métodos utilizados para llevar a cabo el suicidio. En este sentido, los hombres tienden a utilizar técnicas más violentas como el ahorcamiento o el utilizar un arma de fuego, mientras que las mujeres tienden a utilizar métodos como la sobredosis de pastillas (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Cooper, Clements & Holt, 2011; Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003; Ruddell & Curwen, 2002). Sin embargo, es importante resaltar que la disponibilidad de objetos con los cuales realizar el acto suicida es diferente dependiendo de la zona geográfica donde se encuentre el adolescente, por lo que estos métodos van a variar de acuerdo al lugar donde éste viva (AACAP, 2001; OMS, 2018).

Con respecto a la edad, hay una mayor probabilidad de encontrar conductas suicidas en los adolescentes, en comparación con los púberes y niños (AACAP, 2001; Judge & Billick, 2004; Miller & Eckert, 2009; Steele & Dooley, 2007; Van Orden et al., 2008). Datos estadísticos de los reportes de muertes en Estados Unidos muestran que, en el grupo de edad de 5 a 14 años, el suicidio ocupa el cuarto puesto, con un 5.24% del total de muertes. En contraste, en el grupo de 15 a 24 años, el suicidio se encuentra en el puesto 2, con un 15.84% del total de muertes (Hoyert & Xu, 2012). Asimismo, según la OMS (2018), el suicidio se encuentra en el segundo lugar entre las causas de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad a nivel mundial. Esto se puede relacionar con que las morbilidades psiquiátricas como la depresión y el abuso de drogas y alcohol, dos factores de riesgo significativos para la conducta suicida que tienden a una mayor prevalencia durante la adolescencia, en comparación con la niñez (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003).

Por otro lado, tomando en cuenta el creciente uso que se le da al internet y a las redes sociales, Luxton, June y Fairall (2012) realizaron un análisis sobre la influencia de estos medios en las conductas suicidas. Entre las principales conclusiones se señaló que existen foros, grupos de chat, videos y páginas pro-suicidio, que pueden ayudar a reducir las dudas y miedos de personas con ideación suicida, alentándolos a realizar la conducta. Sin embargo, las redes sociales también pueden ayudar a brindar información para la prevención de suicidio, como líneas telefónicas de ayuda. En este sentido, los autores señalan que éste es un campo nuevo que recién se está comenzando a estudiar, y cuenta con retos muy particulares que hacen difícil evaluar el impacto que pueda tener en las conductas suicidas, por lo que es necesario realizar

más investigaciones al respecto, sobre todo por el gran uso que le dan los adolescentes a estos medios digitales.

Otros factores de riesgo que parecen influir en el riesgo suicida de los adolescentes son: la presencia de suicidio en la historia familiar, el haber sufrido abuso físico o sexual, y factores socioambientales como el nivel socioeconómico o el tener problemas en la escuela. Sin embargo, no hay un consenso con respecto al nivel de influencia de estos factores en la conducta suicida (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003; Hawton, Saunders & O'Connor, 2012; Silva et al., 2017).

Los factores protectores frente al suicidio han sido poco estudiados (Evans, Hawton & Rodham, 2004; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014). A pesar de ello, la literatura señala dos factores protectores importantes: la cohesión familiar y una buena relación con la escuela. La cohesión familiar implica un nivel de involucramiento mutuo y apoyo emocional; y se ha comprobado que su función como factor protector es independiente del género y la raza (Borrowsky, Ireland & Resnick, 2001; Cooper, Clements & Holt, 2011; Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003; Steele & Dooley, 2007). Asimismo, una buena relación con la escuela implica la percepción de que los profesores se preocupan por el alumno, la sensación de cercanía con los compañeros, y el sentido de pertenencia y seguridad en la escuela (Borrowsky, Ireland & Resnick, 2001; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014).

Por otra parte, la satisfacción con la vida es un factor que parece tener un alto poder predictivo en el riesgo de conducta suicida. Un estudio longitudinal con 29173 adultos en Finlandia mostró que aquellos con los niveles más altos de insatisfacción tenían un riesgo 24.85 mayor de cometer suicidio (Koivumaa-Honkanen, Honkanen, Viinamäki, Heikkilä, Kaprio & Koskenvuo, 2001). De manera similar, un estudio con 5988 estudiantes en China encontró que aquellos que habían tenido historial de ideación o intentos de suicidio tenían menores niveles de satisfacción que sus pares sin este historial, siendo la satisfacción un factor significativamente asociado a la conducta suicida (You, Song, Wu, Qin & Zou, 2014). De forma particular en el caso de adolescentes, un estudio realizado con 4758 escolares de 13 a 18 años en Estados Unidos reveló que la insatisfacción con la vida se encuentra significativamente relacionada a la conducta suicida (Valois, Zullig, Huebner & Drane, 2004).

Otro factor protector que ha mostrado tener influencia en la disminución de los pensamientos suicidas en diferentes grupos de edad, y en particular entre adolescentes, es el optimismo (Chang, Yu, Lee, Hirsch, Kupfermann & Kahle, 2013; Hirsch, Conner & Duberstein, 2007; O'Keefe & Wingate, 2013; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014). Este factor protector ha probado ser efectivo entre jóvenes universitarios incluso ante la presencia

de sintomatología depresiva y desesperanza, factores que correlacionan positivamente con la ideación suicida (Hirsch & Conner, 2011; Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk & Parker-Morris, 2009; Rasmussen & Wingate, 2011).

Un aspecto crucial para reducir las tasas de suicidio es una apropiada evaluación de aquellos individuos que se encuentran en riesgo, para así poder intervenir oportunamente. Para ello, los instrumentos como cuestionarios y escalas son relevantes, ya que son formas rápidas, sencillas y efectivas de acceder a información sobre el potencial riesgo suicida de una persona (Ruddell & Curwen, 2002).

Diferentes autores mencionan los instrumentos más utilizados para la evaluación del riesgo suicida (Goldston, 2000; Gutierrez, 2006; Range, 2005). Entre los más populares se encuentran la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSI), el Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ), el Cuestionario de Conductas Suicidas (SBQ) y la Escala de Probabilidad de Suicidio (SPS), entre otras.

Range (2005) señala que la *Escala de Ideación Suicida de Beck* (BSI) es el instrumento que estableció el estándar e influyó en el desarrollo del resto de pruebas que evalúan el riesgo suicida. Esta escala busca evaluar el deseo y la planeación suicida, y sirve como un instrumento de tamizaje para evaluar el riesgo de suicidio (Beck, Kovacs & Weissman, 1979). Evalúa tres áreas: deseo suicida activo, deseo suicida pasivo y preparación (Beck, Kovacs & Weissman, 1979; Range, 2005). El BSI ha sido utilizado en diferentes investigaciones y validada en otros países, entre los que se encuentran Noruega y México. En ambos casos se utilizó población universitaria, y se obtuvieron propiedades psicométricas adecuadas (Chioqueta & Stiles, 2006; González, Díaz, Ortiz, González & González, 2000). Sin embargo, entre sus limitaciones se encuentra que fue originalmente diseñada para población adulta en un entorno clínico, por lo que no se cuenta con muchos estudios con población no psiquiátrica (Goldston, 2000). A pesar de ello, se utiliza comúnmente en otros espacios y con otros grupos de edad, como adolescentes (Range, 2005).

Otro instrumento utilizado en la evaluación de riesgo suicida es el *Cuestionario de Conductas Suicidas* (SBQ) (Cotton, Peters & Range, 1995). Este cuestionario consiste en 4 preguntas que evalúan la presencia de ideas o conductas suicidas de manera breve y directa. Ha mostrado tener una adecuada consistencia interna y una alta correlación test-retest, así como validez de constructo. Una de sus principales limitaciones, mencionada por los autores de la prueba, es que las preguntas no indagan sobre el riesgo suicida actual de manera específica, sino sobre la presencia de conductas y pensamientos a lo largo del tiempo (1. ¿Alguna vez has pensado o intentado matarte?). Asimismo, su brevedad puede ser una ventaja, pero también

puede ser una desventaja si lo que se necesita es mayor profundidad en la evaluación (Range, 2005). El SBQ también cuenta con una versión ampliada de 14 ítems. Sin embargo, tiene como limitación que no es muy utilizado en investigaciones, por lo que no se tiene mucha evidencia de sus propiedades psicométricas (Goldston, 2000).

El *Cuestionario de Ideación Suicida de Reynolds* (SIQ) mide la severidad de la ideación suicida de los adolescentes en el último mes (Goldston, 2000; Range, 2005). Cuenta con una versión para adolescentes de 12-14 años (SIQ-JH), otra para adolescentes de 15-17 años (SIQ), y una versión para adultos (SIQ-A) (Range, 2005). Una limitación de esta prueba es que evalúa sólo el aspecto cognitivo, y no logra discriminar entre adolescentes de alto y bajo riesgo suicida (Range, 2005).

Por último, la *Escala de Probabilidad de Suicidio* (SPS) evalúa cuatro áreas: desesperanza, ideación suicida, autoevaluación negativa y hostilidad (Range, 2005). Fue diseñada para evaluar el riesgo suicida en población adolescente de 14 años a más; sin embargo, ha sido utilizada en diferentes grupos como estudiantes universitarios y adultos (Goldston, 2000; Range, 2005). Una limitación de esta prueba es que no se cuenta con evidencia consistente sobre su validez (Range, 2005). Además, los puntos de corte recomendados en el manual han fallado en predecir aquellos adolescentes que eventualmente tuvieron un intento de suicidio (Goldston, 2000).

Si bien estas escalas son bastante utilizadas, el foco de las mismas está puesto en los factores de riesgo y características asociadas que pueden llevar al suicidio. Rutter, Freedenthal y Osman (2008) señalan que alrededor de un 95% de los instrumentos disponibles para evaluar riesgo suicida se centran en aspectos negativos como depresión, desesperanza y abuso de sustancias. En contraste, Osman y sus colaboradores (1998) señalan que es importante tomar en cuenta factores asociados tanto positiva como negativamente al suicidio si se busca responder de manera efectiva al aumento de conductas suicidas, particularmente para la población adolescente.

Bajo esta premisa se crean instrumentos como la *Escala de Razones para Vivir* (RFL), la cual ha mostrado tener propiedades psicométricas sólidas. Esta escala (Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983) fue desarrollada con el objetivo de explorar el sistema de creencias que permiten a las personas afrontar y superar la adversidad, ya que son estas creencias las que actúan como mediadoras en el riesgo suicida. En este sentido, las razones para vivir actúan como factores protectores y fortalezas del individuo, que amortiguan los pensamientos y conductas relacionados al suicidio. La prueba cuenta con 6 subescalas: creencias de supervivencia y afrontamiento, creencias de responsabilidad hacia la familia, preocupaciones

relacionadas a los hijos, miedo al suicidio, miedo a la desaprobación social y objeciones morales.

Desde su creación, esta escala ha mostrado ser un instrumento con alta consistencia interna y validez de constructo, permitiendo identificar personas con intención suicida, y ha sido utilizada en una gran variedad de estudios (Cole, 1989; Gutierrez, Osman, Kopper & Barrios, 2000; Osman et al., 1993; Osman et al., 1999). Asimismo, ha sido adaptada en otros países, entre los que se encuentran España (Garza & Cramer, 2011), Italia (Innamorati et al., 2006), Malasia (Aishvarya et al., 2013) y Suecia (Dobrov & Thorell, 2004), donde también ha mostrado tener propiedades psicométricas apropiadas. En el Perú, Cassaretto y Martínez (2012) analizaron el RFL-YA, una versión del RFL para población adulta joven, obteniendo propiedades psicométricas adecuadas.

Osman y colaboradores (1998) señalan que la investigación psicométrica y el desarrollo de escalas se ha centrado en modificar y validar instrumentos para población adulta, con el fin de ser utilizados con población adolescente. En este sentido, a pesar que el RFL es un instrumento muy útil en la investigación y la evaluación de personas con riesgo suicida, algunos ítems (ej. ítem 28. Podría tener un efecto perjudicial en mis hijos) y áreas del RFL (ej. Preocupaciones relacionadas a los hijos) no son relevantes para la población adolescente. Por ello, dichos autores buscaron desarrollar una escala de razones para vivir que tenga como población objetivo los adolescentes, con ítems y áreas pertinentes para los mismos.

La Escala de Razones para Vivir para Adolescentes (RFL-A) cuenta con 5 factores o áreas: Optimismo hacia el futuro, que mide la importancia que tiene para el adolescente los planes y la expectativa con respecto a un buen futuro (ej. ítem 28. Tengo muchos planes a futuro que me gustaría llevar a cabo); Preocupaciones relacionadas al suicidio, que mide la importancia del temor frente a la ideación, planeación suicida y muerte, como razón para no realizar una conducta suicida (ej. ítem 20. La idea de matarme me da miedo); Alianza familiar, que mide la importancia de los lazos familiares como factor protector frente al suicidio (ej. ítem 1. Cuando tengo un problema puedo encontrar apoyo o consejo de mi familia); Apoyo y aceptación de los pares, que mide la importancia de los pares como factor protector frente al suicidio (ej. ítem 22. Cuando tengo un problema, puedo contar con mis amigos para ayudarme); y Autoaceptación, que mide la importancia de la valoración personal como razón para no realizar una conducta suicida (ej. ítem 31. Estoy contento(a) de ser como soy).

El estudio original de la prueba se realizó en Estados Unidos y constó de tres fases (Osman et al., 1998). En una primera fase se contó con 1004 estudiantes de secundaria, con edades entre 14 y 18 años. Se realizó un análisis factorial exploratorio con un subgrupo de 350

adolescentes, utilizando tanto la rotación varimax como la oblicua. Ambas rotaciones resultaron en componentes similares; sin embargo, se eligió la rotación oblicua por la claridad de las cargas factoriales, y se retuvieron aquellos ítems cuyas cargas factoriales eran superiores a .40, obteniéndose la versión final de 32 ítems del RFL-A que se utiliza en la actualidad. El análisis factorial de los 32 ítems finales dio como resultado cinco áreas: optimismo hacia el futuro (FO, $\alpha = .91$), preocupaciones relacionadas al suicidio (SRC, $\alpha = .93$), alianza familiar (FA, $\alpha = .93$), apoyo y aceptación de los pares (PAS, $\alpha = .89$) y autoaceptación (SA, $\alpha = .93$). Esta estructura fue luego puesta a prueba con un análisis factorial confirmatorio con el resto de adolescentes ($n = 654$) comprobándose la estructura de 5 áreas (NFI = .92, NNFI = .93, CFI = .97, RMSEA = .06). Asimismo, se obtuvo como resultado coeficientes alfa entre .89 y .94 para las áreas, y un coeficiente alfa total de .96.

En la segunda fase participaron 442 estudiantes de secundaria de dos escuelas secundarias, con una edad promedio de 16 años, y se obtuvieron medidas de confiabilidad y validez. En esta fase, el RFL-A fue sometido nuevamente a un análisis factorial confirmatorio, el cual reafirmó que la estructura de 5 áreas era adecuada (NFI = .90, NNFI = .93, CFI = .96, RMSEA = .07). También se obtuvo como resultado coeficientes alfa entre .92 y .95 para las áreas. Para evaluar la validez de la prueba se utilizaron cuatro instrumentos: la Escala de Probabilidad de Suicidio (SPS), el Inventario de Síntomas Breve (BSI), la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) y el Cuestionario de Conducta Suicida (SBQ). Las correlaciones con los instrumentos utilizados para evaluar la validez de constructo fueron significativas e inversas, con valores entre -.44 y -.65.

Por último, se evaluó la sensibilidad del RFL-A para distinguir entre adolescentes admitidos en un centro psiquiátrico por intentos de suicidio, adolescentes escolares de población general, y adolescentes admitidos en el centro por algún otro problema psiquiátrico. En los tres grupos el rango de edades fue de 14 a 18 años. Los resultados de los análisis de consistencia interna mostraron coeficientes alfa en un rango de .82 a .93. Para evaluar la sensibilidad del RFL-A se utilizó el análisis de regresión logística multivariada. El RFL-A y el SPS fueron los instrumentos que combinados pudieron distinguir con un 88.03% de precisión entre el grupo de escolares y los pacientes con intentos de suicidio, y con un 83.9% de precisión entre los pacientes que habían tenido un intento de suicidio y los que no. En conclusión, el RFL-A mostró tener propiedades psicométricas sólidas para su utilización con población adolescente.

A pesar que el RFL-A se presenta como un instrumento confiable y válido para la evaluación de conducta suicida en adolescentes, no se tiene conocimiento de algún estudio de

validación con población adolescente de Lima, Perú. Tomando en cuenta que las estadísticas actuales ponen a los adolescentes como una población en riesgo, resulta relevante contar con una escala como el RFL-A que permite evaluar el riesgo suicida desde una perspectiva positiva. La percepción subjetiva de los acontecimientos estresantes puede influir más en el riesgo suicida que la cantidad objetiva de este tipo de eventos (Malone et al., 2000). Asimismo, el centrarse en la probabilidad de suicidio y los factores asociados no necesariamente disminuye el riesgo suicida. En cambio, el centrarse en los recursos, los procesos saludables y las fortalezas del adolescente no solo resulta menos amenazante al momento de evaluar, sino que también permite identificar aquellos aspectos que se podrían reforzar en un espacio terapéutico o de consejería. En este sentido, tomando en cuenta la utilidad de este instrumento, es necesario constatar si en nuestro contexto esta escala cuenta con evidencia de confiabilidad y validez para su uso.

En este sentido, este estudio psicométrico tiene como objetivo evaluar las propiedades psicométricas del RFL-A en un grupo de estudiantes de secundaria de un colegio privado de Lima Metropolitana. Para ello, se analizará la estructura factorial, la consistencia interna de la prueba y sus áreas, y la validez convergente y divergente. Para la validez convergente se tomarán en cuenta dos constructos: el optimismo y la satisfacción con la vida. Mientras que, para la validez divergente, la sintomatología depresiva (Miller & Eckert, 2009; Rudell & Curwen, 2002; Silva et al., 2017; Westefeld et al., 2000).

MÉTODO

Participantes

Los participantes de este estudio fueron 486 adolescentes (252 varones y 234 mujeres), estudiantes de tercero, cuarto y quinto grado de secundaria de un colegio privado de Lima Metropolitana. Las edades fluctuaron entre los 13 y los 17 años. El 71% nació en Lima, el 27.3% en provincia y el 1.7% en el extranjero. Por otra parte, en cuanto al tipo de familia, el 55.7% convivía con su familia nuclear, mientras que el 44.3% convivía con familia extendida.

Tanto los participantes como la institución educativa a la que pertenecen fueron informados de la naturaleza del estudio. La aceptación de su participación voluntaria en el estudio quedó consignada mediante la firma de un consentimiento informado. Durante el análisis de datos, a todos los participantes se les asignó un código, a fin de evitar la posibilidad de que alguna información permita identificarlos.

Medición

Para la evaluación del riesgo suicida se utilizó la *Escala de Razones para Vivir para Adolescentes* (RFL-A) (Osman, Downs, Kopper, Barrios, Baker, Osman, Besett & Linehan, 1998). Esta escala está diseñada para ser utilizada con adolescentes entre 14 y 18 años de edad. Cuenta con 32 ítems, y 6 opciones de respuesta en una escala Likert que va de “Nada importante” (1) a “Extremadamente importante” (6). Incluye 5 factores o áreas: Optimismo hacia el futuro (FO), Preocupaciones relacionadas al suicidio (SRC), Alianza familiar (FA), Apoyo y aceptación de los pares (PAS) y Autoaceptación (SA).

En el estudio original de la prueba fue realizado en Estados Unidos. Se utilizó como medida de confiabilidad el índice de consistencia interna de alfa de Cronbach, obteniéndose coeficientes en un rango de .82 a .96 en las tres fases del estudio. Además, se evaluó la validez de constructo de la prueba, utilizando análisis de correlación con la Escala de Probabilidad de Suicidio (SPS), el Inventario de Síntomas Breve (BSI), la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) y el Cuestionario de Conducta Suicida (SBQ). Las correlaciones de los puntajes de estos instrumentos fueron inversas y significativas, con valores entre -.44 y -.65.

A nivel internacional, existen tres estudios de validación del RFL-A. El primero fue llevado a cabo en Irán por Khodabakhshi, Mahmmodi y Ozuoni (2008) con una muestra de 400 adolescentes iraníes, con edades que fluctuaban entre los 15 y los 24 años. En este estudio se obtuvieron índices de confiabilidad por consistencia interna en un rango de .88 a .93. Con

respecto a la evidencia de validez convergente, los puntajes del RFL-A correlacionaron de manera directa con el Inventario de Felicidad de Oxford ($r = .39$), y de manera inversa con la Escala de Ideación Suicida de Beck ($r = -.48$) y el BHS ($r = -.61$).

El segundo estudio de validación fue llevado a cabo en Corea del Sur por Lee (2011) con una muestra de 406 adolescentes surcoreanos, con edades entre 15 y 17 años. En este estudio, al igual que el anterior, se obtuvieron índices de consistencia interna adecuados, con coeficientes entre .85 y .93. Asimismo, el RFL-A mostró validez de constructo convergente con el Inventario de Depresión de Niños de Kovacs, el Cuestionario de Ideación Suicida y la adaptación surcoreana de la Escala de Probabilidad de Suicidio para Adolescentes, con correlaciones moderadas de valores entre -.27 y -.54.

Finalmente, un tercer estudio fue llevado a cabo en Colombia por Moreno (2008) con una muestra de 306 adolescentes, con edades entre 9 y 19 años, y una media de 13.5 años. Con respecto a los análisis de validez y confiabilidad, se obtuvo un coeficiente alfa de .91 para el total de la prueba, y coeficientes entre .64 y .82 para las áreas. En cuanto a la validez de constructo, el RFL-A tuvo correlaciones medianas y significativas con el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) ($r = -.50$), el SIQ ($r = -.546$), la Escala de Sintomatología Depresiva (CES-D) ($r = -.359$), y el Inventario de Resiliencia al Suicidio (SRI-25) ($r = .547$).

Para evaluar la validez convergente se utilizaron dos constructos: satisfacción con la vida y optimismo. El primer constructo será evaluado a través de la *Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)* (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Este instrumento fue diseñado con el objetivo de medir el juicio o evaluación cognitiva de la propia vida y así determinar el grado de satisfacción de la vida de las personas. Cuenta con 5 ítems y 7 opciones de respuesta en una escala Likert que va desde Totalmente en desacuerdo (1) hasta Totalmente de acuerdo (7). El estudio original de la prueba se llevó a cabo en Estados Unidos, y se reportó un coeficiente de alfa de Cronbach de .87 y una confiabilidad test-retest de .82 luego de dos meses. En cuanto a su validez, se mencionan correlaciones significativas y positivas con otras escalas que miden bienestar subjetivo en un rango de .50 a .75.

En el Perú, el SWLS ha mostrado tener un alto índice de confiabilidad en su uso con diferentes grupos etarios. El estudio realizado por Martínez (2004) con 570 personas entre 16 y 65 años reveló un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de .81. De forma similar, en el caso de jóvenes universitarios se han hallado coeficientes de alfa de Cronbach en un rango de .78 a .85 (Cornejo, 2005; Mikkelsen, 2009). Asimismo, en el caso de adolescentes, el estudio de Tarazona (2005) con 400 estudiantes de quinto año de secundaria tuvo como resultado un

alfa de Cronbach de .76. Para la presente investigación se obtuvo un alfa de Cronbach de .80, confirmándose la alta confiabilidad del SWLS en la muestra estudiada (ver Apéndice A).

Para evaluar el optimismo se utilizó el *Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R)* (Scheier, Carver & Bridges, 1994). Esta prueba fue diseñada con el objetivo de evaluar las expectativas positivas o negativas de las personas con respecto a su futuro. Cuenta con 10 ítems, 3 ítems que evalúan optimismo, 3 pesimismo, y 4 son ítems distractores. Cuenta con 5 opciones de respuesta en una escala Likert que va desde Completamente en desacuerdo (1) hasta Completamente de acuerdo (5). El estudio original de validación fue realizado con 2055 estudiantes universitarios estadounidenses, obteniéndose un coeficiente de alfa de Cronbach de .78 y una confiabilidad test-retest de .68, .60, .56 y .79 a los 4, 12, 24 y 28 meses respectivamente. En cuanto a su validez convergente y divergente, el LOT-R tuvo correlaciones significativas con escalas de autoestima y locus de control interno, y correlaciones significativas inversas con medidas de neuroticismo y ansiedad.

En el Perú se han realizado investigaciones utilizando el LOT-R en población universitaria. Grimaldo (2004) realizó un estudio con 231 estudiantes, con edades entre 18 y 25 años, de una universidad estatal. Los resultados mostraron un coeficiente de alfa de Cronbach de .61. A su vez, la validez convergente fue evaluada mediante correlaciones con escalas que miden calidad de vida y satisfacción hacia la vida, las cuales fueron significativas. Por su parte, Oliden (2013) analizó las propiedades psicométricas del LOT-R en una muestra de 302 universitarios con edades entre 16 y 30 años. El análisis factorial exploratorio identificó dos factores, que explican el 53.92% de la varianza. El análisis de consistencia interna por alfa de Cronbach dio como resultado un coeficiente de .54 para el total de la prueba y de .55 para sus áreas. Además, para evaluar la validez convergente se realizaron correlaciones con medidas de esperanza, las cuales fueron significativas. De manera similar, para evaluar la validez divergente se realizaron correlaciones con medidas de depresión y ansiedad, las cuales fueron significativas e inversas. Para la presente investigación se obtuvieron coeficientes de alfa de Cronbach de .60 y .37 para las áreas de Optimismo y Pesimismo, respectivamente (ver Apéndice A). Debido a la baja confiabilidad del área de Pesimismo del LOT-R, se decidió no utilizarla en el análisis.

Para evaluar la validez divergente se evaluará la sintomatología depresiva, mediante la *Escala de Depresión Adolescente de Reynolds (RADS)* (Reynolds, 1987). Este es un instrumento diseñado para evaluar la presencia de síntomas depresivos y su severidad, en adolescentes con edades entre 11 y 20 años. Cuenta con 30 ítems, siete de los cuales se puntúan de manera inversa, con un formato de respuesta en escala Likert con 4 opciones que van desde

Casi nunca (1) hasta Casi siempre (4). Una sistematización de los estudios realizados con el RADS señala que ha mostrado tener una alta consistencia interna, con índices que van desde .94 a .96, y una confiabilidad test-retest de .87 (Fonseca-Pedrero et al., 2010). Asimismo, los estudios revisados reportaron altas correlaciones con diferentes medidas de sintomatología depresiva, con valores en un rango de .62 a .89 (Figueras-Masip, Amador-Campos & Peró-Cebollero, 2008; Fonseca-Pedrero et al., 2010). En el contexto peruano, el RADS ha sido adaptado por Ugarriza y Escurra (2002) con 1963 estudiantes de secundaria, de colegios estatales y particulares, cuyas edades fluctuaron entre los 12 y los 18 años. La consistencia interna de la prueba medida por el coeficiente de alfa de Cronbach fue de .87. En el método por mitades el coeficiente Spearman-Brown fue de .85. Las correlaciones test-retest fueron de .71 para el grupo de primer y segundo grado de secundaria, y .89 para tercero, cuarto y quinto.

Para evaluar la validez de constructo de la prueba se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación varimax. Este análisis mostró la existencia de una alta correspondencia entre los ítems de la prueba, los cuales se agruparon en seis factores: desmoralización y desesperanza, expresiones emocionales, anhedonia, baja autoestima y desvalorización de sí mismo, síntomas somáticos y vegetativos, y ansiedad escolar. Un segundo análisis factorial exploratorio sugirió que los seis factores obtenidos a su vez se agrupaban en dos factores, con cargas factoriales mayores a .50, y que explicaba el 66.23% de la varianza.

Para la presente investigación se obtuvo un alfa de Cronbach de .88, confirmándose la alta confiabilidad del RADS en la muestra estudiada (ver Apéndice A).

Análisis de datos

La recolección de datos para esta investigación se realizó en una sola aplicación en las aulas de clase. Los datos recolectados fueron analizados utilizando el programa IBM SPSS Statistics (versión 22). En primer lugar, se realizó un análisis de normalidad utilizando el estadístico Kolmogorov-Smirnov, el cual determinó que la distribución de los puntajes obtenidos no era paramétrica. Sin embargo, los valores de asimetría y curtosis son menores a 10 y 3, respectivamente, por lo que se asume que los datos no se alejan mucho de la normalidad, por lo tanto, se utilizaron análisis para muestras paramétricas (ver Apéndice B). Asimismo, se obtuvieron los estadísticos descriptivos, particularmente la media y la desviación estándar, tanto para la muestra total, como dividida por sexo.

Para el análisis de confiabilidad se estimó la consistencia interna de la prueba utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, el cual permite determinar la homogeneidad de la prueba y si la varianza es atribuible al factor o factores que la conforman (Cohen & Swerdlik, 2001;

Cortina, 1993). Para el análisis de validez se evaluó la validez de constructo mediante el análisis factorial y la evidencia convergente. Se evaluó la factibilidad del análisis factorial mediante la prueba de KMO y el test de esfericidad de Bartlett. El análisis factorial fue de tipo exploratorio, utilizando la rotación oblimin, considerándose como aceptable una carga factorial mayor a .30 (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2006). Para la evidencia de validez convergente y divergente se utilizaron correlaciones con los estadísticos de Pearson, ya que las distribuciones de los puntajes de los instrumentos utilizados no fueron paramétricas.





RESULTADOS

Con el fin de analizar las propiedades psicométricas del RFL-A se realizó, en primer lugar, un análisis factorial exploratorio a través del análisis de componentes principales con rotación oblínica con el propósito de determinar si los ítems se agrupaban en áreas similares a la prueba original. Además, se correlacionaron las áreas del RFL-A entre sí. Luego, se realizó un análisis de confiabilidad del RFL-A y cada una de sus áreas utilizando el estadístico alfa de Cronbach. En tercer lugar, se realizaron análisis de correlación de las áreas del RFL-A con los otros instrumentos utilizados en el presente estudio a fin de examinar la validez convergente y divergente de la prueba. Por último, se presentan los estadísticos descriptivos de las áreas del RFL-A totales y de acuerdo a sexo.

El análisis factorial exploratorio dio como resultado un KMO de 0.93 con un nivel de significancia de $p < 0.00$. Los ítems del RFL-A se agruparon en 5 áreas con una varianza total explicada de 66.54% (ver Tabla 1).

Tabla 1.

<i>Varianza total explicada</i>			
<i>Componente</i>	<i>Autovalores iniciales</i>	<i>% de varianza</i>	<i>% acumulado</i>
Aceptación de pares	10.91	34.09	34.09
Preoc. Suicidio	3.87	12.11	46.20
Alianza familiar	2.53	7.91	54.11
Optimismo futuro	2.26	7.06	61.17
Autoaceptación	1.72	5.37	66.54

La agrupación de los ítems del RFL-A coincidió con la estructura original de la prueba, y los valores absolutos de sus cargas factoriales fueron superiores a .60, con excepción de un ítem con una carga factorial de .32 (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Análisis factorial del RFL-A

	Aceptación de pares	Preoc. Suicidio	Alianza familiar	Optimismo futuro	Autoaceptación
Item 5	.92				
Item 6	.79				
Item 10	.82				
Item 16	.70				
Item 22	.74				
Item 27	.60				
Item 2		.69			
Item 8		.77			
Item 20		.93			
Item 21		.92			
Item 26		.88			
Item 32		.90			
Item 1			.81		
Item 7			.89		
Item 12			.87		
Item 17			.66		
Item 23			.76		
Item 24			.81		
Item 30			.79		
Item 4				.64	
Item 11				.72	
Item 13				.80	
Item 15				.76	
Item 19				.75	
Item 25				.68	
Item 28				.76	
Item 3					-.82
Item 9					-.89
Item 14					-.85
Item 18					-.32
Item 29					-.75
Item 31					-.81

Se llevó a cabo un análisis de correlación entre las áreas del RFL-A, todas fueron positivas y significativas (ver Tabla 3), siendo la más alta entre las áreas de “Apoyo y aceptación de los pares” y “Autoaceptación” ($r = .57$), y la más baja entre las áreas “Preocupaciones relacionadas al suicidio” y “Alianza familiar” ($r = .19$).

Tabla 3.

Correlaciones entre las áreas del RFL-A

Area	Preoc. Suicidio	Alianza familiar	Optimismo futuro	Autoaceptación
Aceptación pares	.31*	.41*	.46*	.57*
Preoc. Suicidio		.19*	.29*	.26*
Alianza Familiar			.45*	.54*
Optimismo futuro				.49*

*p<0.01

Con el fin de evaluar la confiabilidad de la prueba y de cada una de sus áreas se realizó un alfa de Cronbach que mostró una elevada consistencia interna, con coeficientes entre .87 y .92 para las cinco áreas y .93 para el total de la prueba (ver Tabla 4). Además, todos los ítems tuvieron una correlación mayor a .49.

Tabla 4.

Confiabilidad de las áreas del RFL-A

Aceptación pares		Preoc. suicidio		Alianza familiar		Optimismo futuro		Auto aceptación	
Items	r	Items	r	Items	r	Items	r	Items	r
5	.70	2	.58	1	.69	4	.60	3	.69
6	.70	8	.72	7	.81	11	.60	9	.77
10	.74	20	.87	12	.78	13	.69	14	.79
16	.74	21	.85	17	.67	15	.71	18	.49
22	.71	26	.83	23	.75	19	.61	29	.79
27	.67	32	.85	24	.82	25	.64	31	.77
				30	.77	28	.68		
Coef.	.89	Coef.	.92	Coef.	.92	Coef.	.87	Coef.	.89

Por otro lado, para determinar la validez convergente y divergente se analizaron las correlaciones de las áreas del RFL-A con la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), el Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R) y la Escala de Depresión de Reynolds para Adolescentes (ver Tabla 5). Se encontraron correlaciones positivas y significativas entre todas las áreas del RFL-A y el SWLS y el área de Optimismo del LOT-R. Asimismo, las correlaciones entre las áreas del RFL-A y el RADS fueron negativas y significativas, a excepción del área “Preocupaciones relacionadas al suicidio”.

Tabla 5.

Validez convergente y divergente			
Areas	SWLS	LOT-R Optimismo	RADS
Aceptación pares	.37*	.33*	-.15*
Preoc. Suicidio	.19*	.23*	-.06
Alianza familiar	.53*	.40*	-.38*
Optimismo futuro	.39*	.46*	-.13*
Autoaceptación	.56*	.45*	-.41*

*p < 0.01

En la Tabla 6 se presentan los estadísticos descriptivos de las cinco áreas del RFL-A para la muestra del presente estudio. No se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo en los puntajes de las áreas. Asimismo, se presentan los puntajes reportados en el estudio de Khodabakhshi, Mahmmodi y Ozuoni (2008) en Irán.

Tabla 6.

<i>Estadísticos descriptivos</i>				
	Muestra		Khodabakhshi, Mahmmodi y Ozuoni (2008)	
	M	DE	M	DE
Aceptación pares	4.51	.90	5.41	.84
Preoc. Suicidio	4.02	1.57	4.68	1.29
Alianza familiar	4.57	1.08	4.88	1.10
Optimismo futuro	5.13	.77	5.38	.75
Autoaceptación	4.95	.87	5.05	.66

DISCUSIÓN

En la actualidad, las estadísticas parecen confirmar que los adolescentes se perfilan como una población en riesgo de realizar conductas suicidas, es por ello que resulta sumamente útil contar con instrumentos que permitan evaluar el riesgo suicida en este grupo. La Escala de Razones Para Vivir Para Adolescentes (RFL-A) de Osman y colaboradores (1998) se crea con el objetivo de contar con un instrumento diseñado específicamente para ser usado con adolescentes, con ítems y áreas pertinentes para este grupo etario. Esta prueba ha probado tener propiedades psicométricas adecuadas y ha sido adaptada en países muy diversos entre sí como Corea del Sur, Irán y Colombia (Khodabakhshi, Mahmmodi & Ozuoni, 2008; Lee, 2011; Moreno, 2008; Osman et al., 1998).

En el Perú, aún no se cuenta con instrumentos que permitan evaluar el riesgo suicida y los factores protectores frente a éste en adolescentes. Tomando en cuenta ello, el objetivo del presente estudio fue evaluar las propiedades psicométricas del RFL-A en un grupo de estudiantes de secundaria de un colegio privado de Lima Metropolitana.

Los resultados presentados muestran que el RFL-A parece ser un instrumento apropiado para su uso con población adolescente, dada su alta confiabilidad y las evidencias de validez convergente y divergente, así como su sólida estructura factorial.

En primer lugar, el análisis factorial exploratorio mostró una estructura de 5 factores idéntica a la del estudio original de Osman y colaboradores (1998). Sin embargo, se presentan en un orden distinto, en la prueba original “Optimismo hacia el futuro” y “Apoyo y aceptación de los pares” ocupaban el primer y cuarto lugar en el orden de las áreas del análisis factorial, en cambio en la muestra estudiada “Apoyo y aceptación de los pares” ocupa el primer lugar y “Optimismo hacia el futuro” ocupa el cuarto lugar. Este resultado es similar al del estudio realizado en Irán por Khodabakhshi, Mahmmodi y Ozuoni (2008) en cuyo análisis factorial, las áreas del RFL-A tuvieron un orden distinto: “Alianza familiar”, “Preocupaciones relacionadas al suicidio”, “Autoaceptación”, “Apoyo y aceptación de los pares” y “Optimismo hacia el futuro”. Esto nos podría indicar que las razones para vivir varían de acuerdo al grupo de estudio. Asimismo, los elementos culturales podrían tener cierta influencia sobre las razones para vivir de los adolescentes, esto deberá ser explorado en futuras investigaciones.

En el grupo estudiado los pares parecen ocupar un rol importante para que los adolescentes consideren no cometer suicidio, lo cual guarda relación con la etapa de desarrollo en la que se encuentran, donde socializar con los pares y pasar tiempo con ellos despierta un mayor interés que la familia (Nelson, Leibenluft, McClure & Pine, 2005). Este resultado tiene

aplicaciones prácticas importantes, ya que nos indica que un elemento importante que podría marcar la diferencia en el desarrollo de conductas suicidas son los vínculos sociales. En este sentido, este aspecto debe ser reforzado con el fin de fortalecer los factores protectores de los adolescentes.

Por otro lado, todas las áreas del RFL-A correlacionan de forma significativa entre sí, lo cual indica que los ítems de la prueba miden factores que guardan relación entre sí. Sin embargo, la intensidad media de estas correlaciones denota que estas áreas son factores diferenciados. Las áreas “Optimismo hacia el futuro”, “Autoaceptación”, “Alianza familiar” y “Apoyo y aceptación de los pares” guardan mayor relación entre sí ya que son valoraciones sobre el soporte social recibido, y sobre sí mismo y sus planes a futuro. En cambio, el área “Preocupaciones relacionadas al suicidio” refiere al miedo que puede tener el adolescente frente al planeamiento, las circunstancias que llevan al suicidio y la acción en sí. Estas cogniciones pueden estar presentes independientemente de las valoraciones que haga el adolescente sobre los otros aspectos, lo cual podría explicar la baja intensidad de la correlación de esta área con las otras.

Los análisis de confiabilidad nos llevan a concluir que el RFL-A es un instrumento altamente confiable, con un coeficiente de alfa de Cronbach de .93 para el total de la prueba y de .89 a .92 para las áreas. Este resultado es consistente con lo encontrado en el estudio original, donde el índice de confiabilidad total fue de .96 y para las áreas fue de .89 a .94 (Osman et al., 1998), y superior a los encontrados en Colombia, donde los índices de confiabilidad fueron de .64 a .82 para las áreas y de .91 para el total de la prueba (Moreno, 2008).

Los análisis de correlación de las áreas del RFL-A con satisfacción con la vida, medida con el SWLS, y optimismo, medido por el LOT-R, brindan evidencia sobre la validez convergente del instrumento. De manera similar, la presencia de una correlación negativa con la sintomatología depresiva, medida con el RADS, apoya la evidencia de validez divergente del instrumento. Debido a la baja confiabilidad del área de Pesimismo del LOT-R, se optó por no incluirlo en los análisis de validez divergente.

En cuanto a la relación de las áreas del RFL-A con satisfacción con la vida y optimismo, los resultados apoyan la evidencia teórica que señala a estos constructos como factores que ayudan a atenuar el riesgo suicida en adolescentes. Investigaciones sugieren que el optimismo es un factor protector que ayuda a disminuir los pensamientos suicidas en diferentes grupos de edad (Chang, Yu, Lee, Hirsch, Kupfermann & Kahle, 2013; Hirsch, Conner & Duberstein, 2007; O’Keefe & Wingate, 2013). De forma similar, estudios concluyen que aquellos

individuos con una menor satisfacción con la vida tienen un mayor riesgo de cometer suicidio (Koivumaa-Honkanen et al., 2001; Valois, Zullig, Huebner & Drane, 2004; You et al., 2014).

El factor que mostró tener una mayor relación con el optimismo es el área de “Optimismo hacia el futuro”, esto es esperable ya que ambas áreas miden constructos similares. Por otro lado, los factores que mostraron tener una mayor relación con la satisfacción con la vida son “Alianza familiar” y “Autoaceptación”, lo cual es replicado en las investigaciones que señalan que hay un vínculo cercano entre autoaceptación y satisfacción con la vida (Garcia & Siddiqui, 2008). Asimismo, estudios sugieren que el soporte social recibido por la familia es un elemento esencial de la satisfacción con la vida (Proctor, Linley & Maltby, 2009).

Con respecto a la relación entre las áreas del RFL-A y la sintomatología depresiva, las investigaciones señalan que los trastornos del estado de ánimo, particularmente la depresión, aumenta el riesgo de conducta suicida en adolescentes, independientemente del sexo y la raza (Evans, Hawton & Rodham, 2004; Gould et al., 1998; Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003; Judge & Billick, 2004; Kadisak, 2007; Silva et al., 2017).

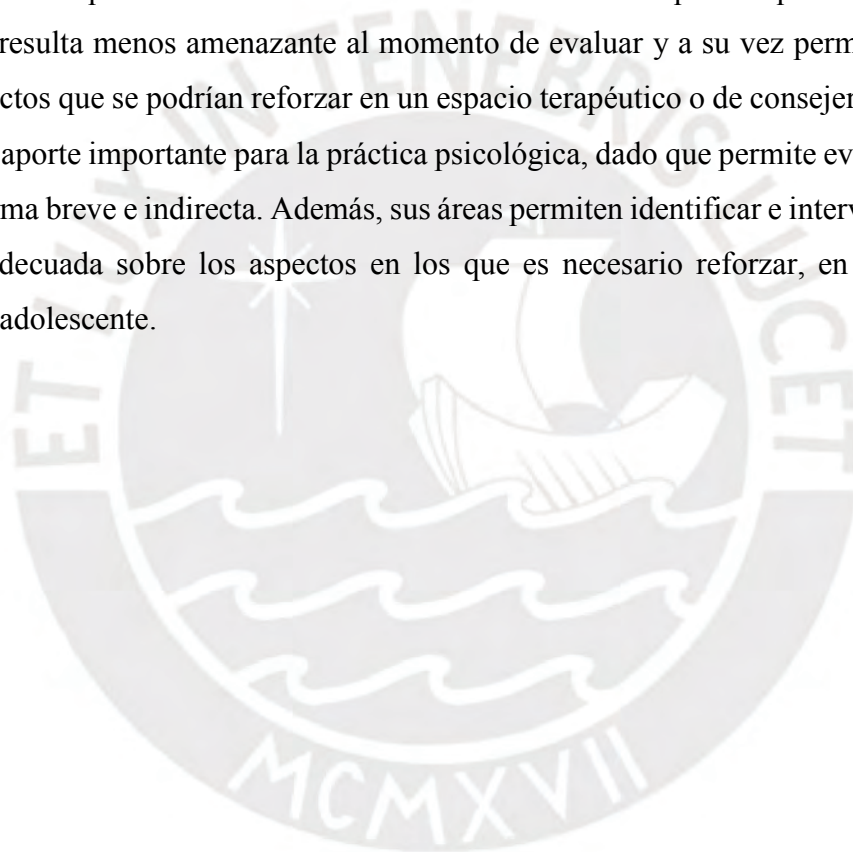
Las medias de los puntajes obtenidos en las áreas del RFL-A son similares a las encontradas en el estudio original de Osman y colaboradores (1998). En ambos casos la media más baja es la del área “Preocupaciones relacionadas al suicidio”. La redacción de los ítems contenidos en esta área parte de la premisa de que el adolescente tiene miedo a la muerte, a hacer planes para suicidarse o cometer el acto. Si el adolescente no considera que tiene miedo a la muerte o no evalúa el miedo como una razón suficientemente potente para no suicidarse, va a puntuar bajo en estos ítems, lo cual explicaría el bajo promedio en esta área. Sería interesante para futuras investigaciones estudiar con mayor profundidad el contenido de estos ítems y evaluar si el fraseo de los mismos refleja correctamente la dimensión de preocupaciones en su totalidad para este grupo etario.

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres en los puntajes obtenidos, no se encuentran diferencias significativas entre los puntajes de ambos grupos, lo cual se asemeja al estudio original, donde solo hubo diferencias entre hombres y mujeres en el área de “Autoaceptación”. Con respecto a otros estudios, Khodabakhshi, Mahmmodi y Ozuoni (2008) reportan las medias obtenidas en su grupo de estudio, que muestran similares puntajes.

En relación a las limitaciones del presente estudio se encuentran que la muestra pertenece a una única institución educativa con estudiantes de características muy similares y de un nivel socioeconómico bastante homogéneo. Esto puede significar un sesgo para los resultados encontrados al no abarcar contextos de mayor diversidad de adolescentes.

A pesar de ello, el RFL-A muestra propiedades psicométricas adecuadas para ser considerado un instrumento confiable y válido para medir los factores que evitarían que un adolescente cometa suicidio, y de forma indirecta evaluar la presencia de riesgo suicida. Futuras investigaciones podrían ampliar los hallazgos de este estudio, analizando las propiedades psicométricas del RFL-A con adolescentes de otro tipo de instituciones educativas y niveles socioeconómicos. Asimismo, se podría realizar un contraste con población clínica, para poder evaluar la capacidad del instrumento de discernir entre adolescentes con riesgo suicida o intentos previos de suicidio y la población general.

Finalmente, el foco de esta prueba son las creencias y expectativas que son adaptativas y que diferencian aquellos individuos con conducta suicida de aquellos que no la tienen. En este sentido, resulta menos amenazante al momento de evaluar y a su vez permite identificar aquellos aspectos que se podrían reforzar en un espacio terapéutico o de consejería. Por ello, el RFL-A es un aporte importante para la práctica psicológica, dado que permite evaluar el riesgo suicida de forma breve e indirecta. Además, sus áreas permiten identificar e intervenir de forma oportuna y adecuada sobre los aspectos en los que es necesario reforzar, en beneficio del bienestar del adolescente.



REFERENCIAS

- AACAP (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 24-51
- Aishvarya, S., Maniam, T., Karuthan, C., Sidi, H., Ruzyanei, N., & Oei, T. (2013). Psychometric properties and validation of the Reasons for Living Inventory in an outpatient clinical population in Malaysia. *Comprehensive Psychiatry*. Publicación anticipada en línea. DOI: 10.1016/j.comppsy.2013.06.010
- Andrade Salazar, J. & Gonzáles Portillo, J. (2017). Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente*, 20(37), 70-8
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352
- Borrowsky, I., Ireland, M., & Resnick, M. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485-493
- Botega, N., Barros, M., Bosco, H., Dalgarrondo, P., & Marín-León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 45-53
- Bridge, J., Goldstein, T., & Brent, D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3/4), 372-394
- Cano, P., Gutiérrez, C., & Nizama, M. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 175-181
- Cassaretto, M., & Martínez, P. (2012). Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. *Revista de Psicología*, 30(1), 169-188
- Chang, E., Yu, E., Lee, J., Hirsch, J., Kupfermann, Y., & Kahle, E. (2013). An examination of optimism/pessimism and suicide risk in primary care patients: Does belief in a changeable future make a difference?. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 796-804
- Chioqueta, A., & Stiles, T. (2006). Psychometric properties of the Beck Scale for Suicide Ideation: A Norwegian study with university students. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(5), 400-404

- Cohen, R. & Swerdlik, M. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición*. México: McGraw Hill
- Cole, D. (1989). Validation of the Reasons for Living Inventory in general and delinquent adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17(1), 13-27
- Cooper, G., Clements, P., & Holt, K. (2011). A review and application of suicide prevention programs in high school settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(11), 696-702
- Cornejo, M. (2005). *Comparación social y bienestar subjetivo entre estudiantes de una universidad privada de Lima*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Cortina, J. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104
- Cotton, C. R., Peters, D., & Range, L. (1995). Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire. *Death Studies*, 19(4), 391-397
- Cruz Rodríguez, E., Moreira Rios, I., Orraca Castillo, O., Pérez Moreno, N., & Hernández González, P. L. (2011). Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 15(4), 52-61
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75
- Dobrov, E., & Thorell, L. (2004). "Reasons For Living" – Translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behavior in a Swedish random sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 277-285
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979
- Figueras-Masip, A., Amador-Campos, J., & Però-Cebollero, M. (2008). Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 247-266
- Fonseca-Pedrero, E., Wells, C., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Villazón-García, U., Sierra, S., García-Portilla, M., Bobes, J., & Muñoz, J. (2010). Measurement of invariance of the Reynolds Depression Adolescent Scale across gender and age. *International Journal of Testing*, 10(2), 133-148

- Garcia, D., & Siddiqui, A. (2008). Adolescents' psychological well-being and memory for life events: Influences on life satisfaction with respect to temperamental dispositions. *Journal of Happiness Studies, 10*(4), 407-419
- Garza, M., & Cramer, R. (2011). The Spanish Reasons for Living Inventory (SRFL-I): Factor structure and association with suicide risk among Spanish speaking Hispanics. *Archives of Suicide Research, 15*(4), 354-371
- Goldston, D. (2000). Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents. Technical report submitted to NIMH contract no. 263-MD-909995
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., & González, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental, 23*(2), 21-30
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(4), 386-405
- Gould, M., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., Flisher, A., Goodman, S., Canino, G., & Shaffer, D. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(9), 915-923
- Grimaldo, M. (2004). Niveles de optimismo en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de Lima. *Liberabit, 10*, 96-106
- Gutierrez, P. (2006). Integratively assessing risk and protective factors for adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(2), 129-135
- Gutierrez, P., Osman, A., Kopper, B., & Barrios, F. (2000). Why young people do not kill themselves: The Reasons for Living Inventory for Adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(2), 177-187
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis (6th edition)*. New Jersey: Prentice Hall
- Hirsch, J., & Conner, K. (2011). Dispositional and explanatory style optimism as potential moderators of the relationship between hopelessness and suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(6), 661-669
- Hirsch, J., Conner, K., & Duberstein, P. (2007). Optimism and suicide ideation among young adult college students. *Archives of Suicide Research, 11*(2), 177-185

- Hirsch, J., Wolford, K., LaLonde, S., Brunk, L., & Parker-Morris, A. (2009). Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation. *Crisis, 30*(1), 48-53
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet, 379*(9834), 2373-2382
- Hoyert, D., & Xu, J. (2012). Deaths: Preliminary data for 2011. *National Vital Statistics Reports, 61*(6), 1-51
- Innamorati, M., Pompili, M., Ferrari, V., Cavedon, G., Soccorsi, R., Aiello, S., Mancinelli, I., Lelli, M., & Tatarelli, R. (2006). Psychometric properties of the Reasons for Living Inventory in Italian university students. *Individual Differences Research, 4*(1), 51-56
- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2012). *Estado de la salud mental en el Perú*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/SSMP/2012-SSMP/index.html#/0>
- Judge, B. & Billick, S. (2004). Suicidality in adolescence: Review and legal considerations. *Behavioral Sciences and The Law, 22*(5), 681-695
- Kadisak, K. (2007). *Adolescent suicide: A literature review* (Tesis de maestría). Universidad de Wisconsin-Stout, Wisconsin.
- Khodabakhshi, A., Mahmmodi, O., & Ozuoni, R. (2008). Standardization of Reasons for Living Inventory for adolescents: Diagnosis, appraisal, therapy and rehabilitation of people who attempt to suicide. *Iranian Rehabilitation Journal, 6*(7), 74-58
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 158*(3), 433-439
- Lee, S. (2011). Reasons for living and their moderating effects on Korean adolescents' suicidal ideation. *Death Studies, 35*(8), 711-728
- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(2), 276-286
- Luxton, D., June, J., & Fairall, J. (2012). Social media and suicide: A public health perspective. *American Journal of Public Health, 102*(2), 195-200
- Malone, K., Oquendo, M., Haas, G., Ellis, S., Li, Shuhua, & Mann, J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. *American Journal of Psychiatry, 157*(7), 1084-1088

- Martínez, P. (2004). Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología de la PUCP*, 22(1), 121-149
- Mikkelsen, F. (2009). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Miller, D., & Eckert, T. (2009). Youth suicidal behavior: An introduction and overview. *School Psychology Review*, 38(2), 153-167
- Moreno, A. (2008). *Propiedades psicométricas del Inventario de Razones para Vivir (RFL-A, Osman et al., 1998), adaptado al español en una muestra de estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto*. (Tesis no publicada). Universidad de Nariño, San Juan de Pasto, Colombia
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., & Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-246
- Nelson, E., Leibenluft, E., McClure, E., & Pine, D. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35(2), 163-174
- O'Keefe, V., & Wingate, L. (2013). The role of hope and optimism in suicide risk for American Indians/Alaska Natives. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 43(6), 621-633
- Oliden, S. (2013). *Propiedades psicométricas del Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R) en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Cause specific mortality: Regional estimates for 2000-2011*. Recuperado de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Suicidio – Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Osman, A., Downs, W., Kopper, B., Barrios, F., Baker, M., Osman, J., Besett, T., & Linehan, M. (1998). The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A):

- Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1063-1078
- Osman, A., Gifford, J., Jones, T., Lickiss, L., Osman, J., & Wenzel, R. (1993). Psychometric evaluation of the Reasons for Living Inventory. *Psychological Assessment*, 5(2), 154-158
- Osman, A., Kopper, B., Linehan, M., Barrios, F., Gutierrez, P., & Bagge, C. (1999). Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychological Assessment*, 11(2), 115-123
- Proctor, C., Linley, A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of literature. *Journal of Happiness Studies*, 10(5), 582-630
- Range, L. (2005). The family of instruments that assess suicide risk. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(2), 133-140
- Rasmussen, K., & Wingate, L. (2011). The role of optimism in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(2), 137-148
- Reynolds, W. M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale. Professional Manual*, Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Ruddell, P., & Curwen, B. (2002). Understanding suicidal ideation and assessing for risk. *British Journal of Guidance & Counseling*, 30(4), 363-372
- Rutter, P., Freedenthal, S., & Osman, A. (2008). Assessing protection from suicidal risk: Psychometric properties of the Suicide Resilience Inventory. *Death Studies*, 32(2), 142-153
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 181-192
- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33-42
- Steele, M., & Dooley, T. (2007). Suicidal behavior in children and adolescents. Part 1: Etiology and risk factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(1), 21-33

- Tarazona, D. (2005). Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista de Investigación en Psicología*, 8(2), 57-65
- Thompson, E., Mazza, J., Herting, J., Randell, B., & Eggert, L. (2005). The mediating roles of anxiety, depression, and hopelessness on adolescent suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 14-34
- Ugarriza, N. & Ezcurra, M. (2008). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Persona*, 5, 83-130
- Valois, R., Zullig, K., Huebner, S., & Drane, W. (2004). Life satisfaction and suicide among high school adolescents. *Social Indicators Research*, 66(1/2), 81-105
- Van Orden, K., Witte, T., Selby, E., Bender, T., & Joiner, T. (2008). Suicidal behavior in youth. En J. Abela & B. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 441– 465). New York: Guilford Press
- Wasserman, D., Cheng, Q., & Jiang, G. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4(2), 114-120
- Westefeld, J., Range, L., Rogers, J., Maples, M., Bromley, J., & Alcorn, J. (2000). Suicide: An overview. *The Counseling Psychologist*, 28(4), 445-510
- You, Z., Song, J., Wu, C., Qin, P., & Zou, Z. (2014). Effects of life satisfaction and psychache on risk for suicidal behavior: a cross-sectional study based on data from Chinese undergraduates. *BMJ Open*, 4(3), 1-8

APÉNDICES

Apéndice A.

Análisis de confiabilidad de los instrumentos

Tabla A1

Confiabilidad del SWLS

Correlación Item-Test Corregida	
Item 1	.59
Item 2	.56
Item 3	.72
Item 4	.64
Item 5	.50
$\alpha = .80$	

Tabla A2

Confiabilidad del LOT-R

Correlación Item-Test Corregida			
Optimismo		Pesimismo	
Item 1	.40	Item 3	.15
Item 4	.40	Item 7	.30
Item 10	.44	Item 9	.20
$\alpha = .60$		$\alpha = .37$	

Tabla A3

Confiabilidad del RADS

	Correlación Item-Test Corregida
Item 1	.49
Item 2	.12
Item 3	.58
Item 4	.32
Item 5	.37
Item 6	.48
Item 7	.56
Item 8	.52
Item 9	.56
Item 10	.19
Item 11	.44
Item 12	.47
Item 13	.60
Item 14	.51
Item 15	.50
Item 16	.48
Item 17	.53
Item 18	.48
Item 19	.37
Item 20	.58
Item 21	.57
Item 22	.46
Item 23	.19
Item 24	.39
Item 25	.12
Item 26	.46
Item 27	.24
Item 28	.49
Item 29	-.03
Item 30	.63
	$\alpha = .88$

Apéndice B.

Pruebas de normalidad, asimetría y curtosis

Tabla B1

Pruebas de normalidad

	Estadístico	gl	Sig.
Optimismo hacia el futuro	.13	486	.00
Preocupaciones relacionadas al suicidio	.11	486	.00
Alianza familiar	.10	486	.00
Apoyo y aceptación de los pares	.07	486	.00
Auto-aceptación	.11	486	.00
RADS	.05	486	.01
SWLS	.11	486	.00
LOT-R - Optimismo	.15	486	.00
LOT-R - Pesimismo	.09	486	.00

Tabla B2

Asimetría y curtosis

	Estadístico asimetría	Error estándar	Estadístico curtosis	Error estándar
Optimismo hacia el futuro	-1.2	0.1	2.0	0.2
Preocupaciones relacionadas al suicidio	-0.4	0.1	-1.1	0.2
Alianza familiar	-0.9	0.1	0.4	0.2
Apoyo y aceptación de los pares	-0.6	0.1	0.5	0.2
Auto-aceptación	-1.0	0.1	1.3	0.2
RADS	0.4	0.1	0.3	0.2
SWLS	-0.7	0.1	0.1	0.2
LOT-R - Optimismo	-0.9	0.1	0.8	0.2
LOT-R - Pesimismo	-0.1	0.1	0.1	0.2