



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el
Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

AUTORAS:

Herrera Lopez, Vimail Bederminda (orcid.org/0000-0002-2300-0439)

Ortiz Huaman, Isidora (orcid.org/0000-0002-8401-4703)

ASESOR:

Dr. Castro Garcia, Julio Cesar (orcid.org/0000-0003-0631-8979)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2024

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a nuestra familia, cuyo amor y aliento han sido nuestra mayor motivación.

Agradecimiento

Agradecemos a nuestros docentes por su orientación experta. También un profundo agradecimiento a los participantes del estudio por su colaboración. Gracias a todos por ser parte fundamental de este logro.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CASTRO GARCIA JULIO CESAR, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024", cuyos autores son ORTIZ HUAMAN ISIDORA, HERRERA LOPEZ VIMAILL BEDERMINDA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 06 de Junio del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
JULIO CESAR CASTRO GARCIA DNI: 08031366 ORCID: 0000-0003-0631-8979	Firmado electrónicamente por: JCCASTROGA el 28- 06-2024 14:24:21

Código documento Trilce: TRI - 0756515





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Declaratoria de Originalidad de los Autores

Nosotros, ORTIZ HUAMAN ISIDORA, HERRERA LOPEZ VIMAILL BEDERMINDA estudiantes de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaramos bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024", es de nuestra autoría, por lo tanto, declaramos que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. Hemos mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
VIMAILL BEDERMINDA HERRERA LOPEZ DNI: 70586063 ORCID: 0000-0002-2300-0439	Firmado electrónicamente por: VHERRERALO el 06-06-2024 14:15:11
ISIDORA ORTIZ HUAMAN DNI: 45064041 ORCID: 0000-0002-8401-4703	Firmado electrónicamente por: IORTIZH el 06-06-2024 14:26:05

Código documento Trilce: TRI - 0756513



Índice de contenidos

	Pág.
CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE LOS AUTORES	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	13
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra y muestreo.	14
3.4. Técnicas de instrumentos de recolección de datos.	16
3.5. Procedimientos	19
3.6. Métodos de análisis de datos	20
3.7. Aspectos éticos	21
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIÓN	29
VI. CONCLUSIONES	33
VII. RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS	35
ANEXOS	45

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Distribución poblacional de pacientes hospitalizados	14
Tabla 2. Muestra de pacientes hospitalizados	15
Tabla 3. Prueba de normalidad de las variables de estudio	23
Tabla 4. Correlación entre Impulsividad e Ideación Suicida en pacientes hospitalizados	24
Tabla 5. Correlación entre impulsividad y dimensiones de ideación suicida en pacientes hospitalizados	25
Tabla 6. Diferencias de la impulsividad según sexo en pacientes hospitalizados	26
Tabla 7. Diferencias de la ideación suicida según sexo en pacientes hospitalizados	26
Tabla 8. Niveles de impulsividad en pacientes hospitalizados	27
Tabla 9. Niveles de ideación suicida en pacientes hospitalizados	28

Resumen

Se llevó a cabo un estudio en el Hospital Nacional Dos de Mayo con el objetivo de determinar la relación entre impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados. La metodología utilizada fue de tipo básica, con un diseño no experimental de corte transversal, y el nivel de estudio fue descriptivo y correlacional-comparativo. La muestra estuvo compuesta por 195 pacientes hospitalizados, con edades comprendidas entre 18 y 60 años. Se emplearon la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) y la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) como instrumentos de medición. Los resultados del estudio revelaron una relación positiva moderada entre impulsividad e ideación suicida en los pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo ($\rho = .480$; $r^2 = .214$; $p < .001$). En conclusión, se confirmó que existe una relación moderadamente positiva entre la ideación suicida y la impulsividad, lo que sugiere una conexión entre ambas, donde un aumento en la impulsividad se relaciona con una mayor tendencia hacia la ideación suicida.

Palabras clave: Suicidio, pacientes, correlación.

Abstract

A study was carried out at the Dos de Mayo National Hospital with the objective of determining the relationship between impulsivity and suicidal ideation in hospitalized patients. The methodology used was basic, with a non-experimental cross-sectional design, and the level of study was descriptive and correlational-comparative. The sample was made up of 195 hospitalized patients, aged between 18 and 60 years. The Barrat Impulsivity Scale (BIS-11) and the Beck Suicidal Ideation Scale (ISB) were used as measurement instruments. The results of the study revealed a moderate positive relationship between impulsivity and suicidal ideation in patients hospitalized at the Dos de Mayo National Hospital ($\rho = .480$; $r^2 = .214$; $p < .001$). In conclusion, it is confirmed that there is a moderately positive relationship between suicidal ideation and impulsivity, suggesting a connection between the two, where an increase in impulsivity is related to a greater tendency towards suicidal ideation.

Keywords: Suicide, patients, correlation.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, uno de los más grandes riesgos en la población es su salud mental, la cual se ha visto vulnerada, por lo que, los sistemas de salud se han enfocado en poder brindarle el servicio adecuado, más aún después de la pandemia, ya que producto del encierro, se produjo un desequilibrio mental en la población, lo que ocasionó que aumenten los casos de problemas psicológicos, siendo el más demandante los de ideación suicida, la cual se presentó en jóvenes y adultos (OMS, 2021).

Para la ONU los jóvenes son aquellas personas que se encuentren entre 15 a 24 años, a nivel mundial hay 1200 millones de jóvenes los cuales conforman un 16 % de la población global (UNESCO, 2020). No obstante, esta definición no es tomada como universal, ya que ciertos países para considerarse una persona joven deben encontrarse al menos con 18 años, tomando en cuenta los factores socioculturales, institucionales, económicos y políticos pueden llegar a influir en la conceptualización de la palabra joven (ONU, 2023).

Además, Papalia y Martorell (2021) clasificaron a estos grupos de edad en base a las características generales que compartían entre individuos, dando como resultado la siguiente categorización: etapa prenatal, infancia, adolescencia, y la edad adulta, clasificada con tres subetapas: adultez temprana (20 - 40), adultez media (41 - 65) y adultez tardía (más de 65).

Con respecto al pensamiento suicida, se refiere a toda aquella fantasía que posee una persona como pensamientos intrusivos o repetitivos respecto a la condición en la que se encuentra, siendo en reiteradas ocasiones quienes dañan sin ejecutar la acción. Por lo que, a través de un estudio realizado en Brasil, se obtuvieron datos estadísticos sobre niveles de ideación suicida, aquí se determinó que el 9.7% presentaba signos de impulsividad, al no controlar sus emociones, siendo el sexo femenino con más prevalencia con un rango de 18 a 24 años, mientras que el 65.96% se encontraba en un rango normal de impulsividad (Santos et al., 2021).

A nivel mundial la OMS (2021), en su estudio obtuvo que aproximadamente alrededor de 700 000 individuos se suicidan, siendo la cuarta parte grupos que pertenecen a adolescentes. En el 2019 se evidencio que los índices apuntaban a

individuos de 15 a 29 años.

Del mismo modo, Cañón y Carmona (2018), en su artículo realizado en las poblaciones brasileña, china, australiana, estadounidense, mexicana, colombiana y portuguesa se obtuvo como resultado que dentro del 10% al 35% de la población tiene ideación suicida, los cuales se asocian a otros factores que provocan en el individuo un síntoma de impulsividad, teniendo como consecuencia el ingreso a un cuadro de depresión con pensamientos suicidas.

Por su lado, la UNICEF (2020), manifestó que uno de los factores de mayor riesgo, es el pensamiento suicida, el cual causa que se provoquen actos por impulso, que podría conducir a pensamientos suicidas, los cuales se presentan en la salud cerebral de un adolescente y joven. Asimismo, Lopez et al. (2021) en su investigación realizada con adultos estadounidenses, italianos y españoles indicaron que la conducta impulsiva y agresiva fue mucho mayor en los pacientes que presentaron ideación o intento suicida, aunque puntualizaron que la mayor cifra fue observada en la población americana puesto que en este país se reflejaron altos porcentajes de suicidio en jóvenes y adultos.

A nivel nacional, según información del MINSA (2021), mencionó que, en el primer cuatrimestre del 2021, se detectaron a más de 200 individuos que se habían suicidado, lo que representaba una cifra que supera las 614 muertes durante el año 2020, siendo los signos más resaltantes escenarios de impulsividad y pensamientos suicidas. Teniendo en cuenta que existen estímulos perturbadores ocasionados por cuadros de comportamiento anormal, presentando un desequilibrio a nivel fisiológico, emocional y psicológico (Tolentino, 2010).

Asimismo, a nivel local Sindeev et al. (2019), reportó que Lima Centro tenía una alta incidencia de eventos suicidas (42.3%), y aproximadamente el 25.4% de la población manifestó deseos de morir. También, el MINSA (2021), realizó una investigación que permitió determinar el impacto que generó la pandemia en la salud mental, donde 1823 limeños (52.2%) presentaron síntomas de impulsividad en un nivel severo, provocando pensamientos psicológicos desorientados que conllevan al suicidio.

No obstante, si bien la relación entre impulsividad e ideación suicida ha sido ampliamente estudiada en diversos contextos hospitalarios, demostrando que la impulsividad es un predictor significativo de la ideación suicida (Barberis et al., 2022; Nicho-Almonacid et al., 2023). Es claro que existe una mayor cantidad de investigaciones con población europea y estadounidense, revelando una notable carencia de estudios que abordan esta relación en el contexto específico de Lima Centro, Perú. Por lo tanto, es imperativo realizar investigaciones que examinen acerca de la relación entre impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en Lima Centro, contribuyendo así a una mejor comprensión y manejo de estos fenómenos en contextos clínicos locales. Dado lo mencionado se originó la pregunta de investigación bajo la siguiente indagación: ¿Cuál es la relación entre la impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024?

Se consideró importante optar por tres criterios que justifican la investigación (Hernández y Mendoza, 2023). En primer lugar, a nivel teórico, porque el estudio exploró un área poco investigada en la psicología clínica, lo que contribuye al avance del conocimiento en este campo específico. En un enfoque metodológico, puesto que se utilizaron instrumentos psicométricos para evaluar la impulsividad y la ideación suicida en este entorno clínico asegurando la validez y confiabilidad de los resultados, lo que es fundamental para la implementación efectiva de intervenciones terapéuticas; y desde una perspectiva práctica, debido a que aportó en la comprensión a fondo de estos fenómenos en pacientes hospitalizados, permitiendo no solo diseñar intervenciones personalizadas y estrategias de prevención del suicidio más efectivas, sino también abordar de manera más eficaz los problemas de impulsividad o control de impulsos, lo que tiene un impacto directo en la mejora de la práctica clínica y la promoción de la salud mental de los pacientes.

Es así como se planteó el objetivo general: Determinar la relación entre la impulsividad e ideación suicida. Además, como objetivos específicos se plantearán los siguientes: Determinar la relación entre impulsividad y las dimensiones de ideación suicida, analizar las diferencias de la impulsividad según género, analizar las diferencias de la ideación suicida según género, identificar los

niveles de impulsividad e identificar los niveles de ideación suicida, todo ello en los pacientes hospitalizados del hospital Nacional Dos de Mayo, 2024.

Para lograrlo se planteó como hipótesis general: Existe relación positiva y significativa entre impulsividad e ideación suicida. Además de las hipótesis específicas: Existe relación positiva y significativa entre impulsividad y las dimensiones de ideación suicida, existe diferencias de impulsividad según género y existe diferencias de ideación suicida según género; todo ello en los pacientes hospitalizados del hospital Nacional Dos de Mayo, 2024

II. MARCO TEÓRICO

La relación entre impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados, especialmente en adultos jóvenes, medios y tardíos, representa un vacío significativo en la investigación actual. Aunque se ha investigado ampliamente esta relación en adolescentes estudiantes o jóvenes universitarios, la atención a estos fenómenos en contextos hospitalarios y en grupos de edad más avanzada ha sido notablemente limitada sobre todo en el contexto peruano.

Esta ausencia de investigaciones sobre la relación entre la impulsividad y la ideación suicida en entornos clínicos y en grupos de edad avanzada resalta la necesidad de intervenir para desarrollar estrategias más efectivas para estas poblaciones en riesgo.

Con respecto a los artículos realizados en el contexto peruano, se presenta al artículo elaborado por De la Cruz et al. (2023) llevaron a cabo una investigación para examinar el impacto de la ansiedad ante la muerte, la soledad y la depresión en la ideación suicida de adultos peruanos durante la pandemia. El estudio se enmarca como una investigación predictiva, básica y no experimental, con una medición transversal. La muestra consistió en 1342 peruanos, con edades entre 18 y 70 años. Los resultados revelaron que, al comparar la ideación suicida según el género, las mujeres mostraron una mayor propensión a la ideación suicida (MR: Masculino = 632.65, Femenino = 712.37; M-WU = 198.247,5 $z = -4,02$ $p < .05$).

Baños (2021), en su artículo científico abordó el concepto amplio de ideación suicida, explorando diferencias de género en adultos. Realizó un estudio comparativo-transversal con 366 adultos, aplicando análisis estadísticos. En base a los valores obtenidos a través del análisis bayesiano (BF10=53,477; $\delta=0,411$; IC 95 %: 0,181-0,635) se logró evidenciar que las féminas son más propensas a padecer la ideación suicida. De este modo, se concluyó que el género femenino es más vulnerable y sugirió aumentar las evaluaciones psicológicas para prevenir la ideación suicida.

Chavez-Cáceres et al. (2020) en su estudio analizaron ciertos factores asociados a la ideación suicida en pacientes en un Hospital del Perú. El estudio fue observacional, analítico, transversal, con enfoque cuantitativo, con una muestra de 201 pacientes atendidos en un consultorio psiquiátrico externo del Hospital María

Auxiliadora. Los resultados detallaron que no hay diferencias significativas entre el género femenino y masculino en la muestra de pacientes (OR = 1.63; $p > .05$). Es decir, que la incidencia de ideación suicida en pacientes hospitalizados no guarda diferencias entre ambos géneros.

También, en cuanto a los precedentes internacionales, se observaron los siguientes:

Ramezani y Nourimoghadam (2024) investigaron acerca de la relación entre la impulsividad con el autoconocimiento integrador y la ideación suicida en la población adulta de Zahedan, Irán. Este estudio fue descriptivo-correlacional y se realizó en 380 adultos mayores de 20 años. Los resultados mostraron que la impulsividad ($P \leq 0,001$, $r = 0,18$) tenía una relación directa y significativa con la ideación suicida. Se concluye que cuanto mayor sea la impulsividad mayor será la recurrencia de ideación o pensamientos suicidas en la población adulta iraní.

Abdullah et al. (2023) en su investigación acerca de la Impulsividad, pensamientos suicidas, malestar psicológico y religiosidad en adolescentes y adultos jóvenes. Utilizaron como diseño metodológico el no experimental de nivel comparativo y correlacional, fueron 747 adolescentes y adultos jóvenes de Pakistán. Los hallazgos expresaron específicamente valores que evidenciaron relación positiva entre la ideación suicida y la impulsividad no planificada ($r = .25$, $p < .01$), asimismo con la impulsividad total ($r = .17$, $p < .01$). En síntesis, se destaca como ambas variables guardan una relación estrechamente durante la adolescencia y adultez temprana.

Shorub et al. (2022) buscaron investigar los riesgos potenciales de suicidio en el TLP y correlacionarlos con la impulsividad. El presente estudio fue comparativo y correlacional de corte transversal en 91 pacientes de dos hospitales psiquiátricos ubicados en El Cairo, Egipto. Los resultados demostraron una correlación negativa entre la conducta suicida y la falta de complejidad cognitiva en la faceta de no planificación ($r = -0,394$, $p = 0,028$). Esto podría interpretarse en el sentido de que las personas con una mayor tendencia al suicidio tienden a mostrar una menor capacidad para realizar procesos de pensamiento complejos o para planificar acciones futuras sin una estrategia clara, lo que quiere decir, que a la persona es

más propensa a actuar impulsivamente.

Zhang et al. (2022) investigaron acerca de la impulsividad, la depresión y la ideación suicida en un modelo de ruta integrada. Su estudio fue no experimental, correlacional, descriptivo y comparativo, incluyó a 480 pacientes chinos de un hospital, con una distribución de género equilibrada (51,0% mujeres, 49,0% hombres), de edades entre 16 y 21 años. Los resultados de la matriz de correlación mostraron coeficientes significativos entre depresión e ideación suicida ($r = .726$, $p < 0.001$), entre impulsividad y depresión ($r = .633$, $p < .001$), así como entre impulsividad e ideación suicida ($r = .476$, $p < .001$). En conclusión, el estudio respalda la idea de que la impulsividad puede aumentar el riesgo de ideación suicida al influir en la depresión, especialmente en aquellos que también presentan tendencias depresivas.

Chiang et al. (2022) determinaron sobre la relación entre variables demográficas, síntomas depresivos, rumiación e ideación suicida en pacientes con depresión. Su estudio fue no experimental, comparativo, descriptivo y correlacional, los participantes evaluados fueron 95 pacientes de un hospital, con una edad media de 49.54 años donde la mayoría fueron mujeres (63%). Los hallazgos demostraron relación entre depresión e ideación suicida ($r = .709$, $p < .01$). Además de ello, encontraron que los pacientes que fueron diagnosticados a una edad más temprana presentaban síntomas más graves de ideación suicida.

Flint et al. (2021) en su investigación buscó determinar la asociación entre la crisis suicida Síndrome y conductas suicidas: El papel moderador de los rasgos de personalidad. Este estudio fue de tipo no experimental, observacional de corte transversal y de tipo correlacional, con una muestra compuesta por 672 participantes ambulatorios psiquiátricos reclutados para un estudio más amplio en una red de la ciudad de Nueva York. Los hallazgos indicaron que la crisis de suicidio y la dimensión de personalidad escrupulosidad: $\rho = -.33$, $p < .001$; se relacionan negativa y significativamente. Esto quiere decir que un mayor control de impulsos disminuye la incidencia de crisis suicidas.

Kim y Kihl (2021) realizaron una investigación para examinar el impacto de la depresión en la ideación suicida. Su estudio se basó en un enfoque no

experimental de corte transversal, descriptivo y correlacional. El total de evaluados estuvo comprendido por 260 adultos mayores surcoreanos de residencias de ancianos o instituciones de salud. Los resultados evidenciaron una asociación positiva de la depresión y la ideación suicida ($r = .55, p < .01$). Determinando así que la relación entre la depresión, el apoyo social y la ideación suicida se destacó como un área de preocupación significativa entre los adultos mayores en Corea del Sur.

Dal Santo et al. (2020) indagaron si la impulsividad mediaba la relación entre las experiencias traumáticas tempranas y la conducta suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor. El estudio fue correlacional y comparativo de corte transaccional, sin carácter experimental. La muestra comprendió a 190 pacientes españoles, en su mayoría adultos (≥ 18 años), con una distribución de género del 33.7% hombres y el 66.3% mujeres. Los datos revelaron una correlación positiva entre la ideación suicida y la impulsividad ($r = .218, p = .003$). Estos hallazgos sugieren que la impulsividad podría actuar como un mediador en la relación entre el trauma infantil y la conducta suicida.

Delbazi et al. (2020) examinaron la relación de la impulsividad y agresividad auto reportada en población argentina, donde el diseño metodológico fue descriptivo-correlacional de corte transversal, aplicado en 381 participantes de 18 a 72 años de edad. Los valores obtenidos sugieren que, solo en la dimensión de Impulsividad No Planeada se mostraron niveles más altos para los participantes masculinos en comparación a los participantes de sexo femenino ($t = -3.527, p < .05$). Se puede concluir que, si bien existen diferencias significativas en ciertas dimensiones específicas de impulsividad entre hombres y mujeres, no se encontraron disparidades en la impulsividad general entre ambos grupos. Esto sugiere que, a pesar de variaciones en aspectos específicos de la impulsividad, como la impulsividad no planeada, no hay una diferencia global en los niveles generales de impulsividad entre hombres y mujeres en la muestra estudiada.

Para definir de manera más amplia acerca de las variables de estudio es necesario mencionar lo expuesto por algunos autores: Smith y Cyders (2016) proponen que la impulsividad es la predisposición a actuar sin pensar en las consecuencias a largo plazo. Asimismo, Cyders y Coskunpinar (2011) han señalado que implica la

tendencia a actuar sin una consideración adecuada antes de tomar una decisión.

Mientras que Stanford et al. (2009) la han definido como la incapacidad para evaluar correctamente las consecuencias de las acciones. Winstanley et al. (2006) aportan otra faceta al concepto, destacando cómo nos resulta difícil resistir la tentación, incluso cuando somos plenamente conscientes de las posibles consecuencias negativas al actuar impulsivamente.

Por su parte, Celma (2015) define la impulsividad como una característica marcada por un control deficiente de la conducta, lo que lleva a decisiones rápidas sin considerar las consecuencias. Específicamente menciona que aquellos actos impulsivos se caracterizan por una respuesta inmediata frente a un estímulo, además de una falta de reflexión sobre experiencias previas y consecuencias futuras, inadaptación al contexto y una fuerte influencia emocional.

Además, el mismo autor menciona que, aunque los varones suelen implicarse más en comportamientos problemáticos como la agresividad y la conducta criminal, las diferencias de impulsividad entre sexos no son concluyentes cuando se usan medidas objetivas de conducta. Los varones tienden a buscar más sensaciones y mostrar mayor tendencia a la búsqueda de recompensas, mientras que las mujeres son más sensibles al castigo, reflejando una interacción entre predisposición genética e información socialmente transmitida.

Seguidamente, se abordarán algunas de teorías que han surgido para explicar la impulsividad y su papel en el comportamiento humano:

La Teoría de la Desconexión Cognitiva (Giancola et al., 1999) postula que la impulsividad puede surgir de un desequilibrio entre los procesos cognitivos y emocionales, lo que resulta en decisiones impulsivas.

Del mismo modo, según la teoría de Kahneman (2003), dentro del sistema cognitivo se identifican tres procesos que interactúan como dos sistemas: percepción, intuición (S1) y razonamiento (S2). En relación con la impulsividad, esta teoría sugiere que las decisiones impulsivas pueden ser el resultado de respuestas automáticas y emocionales del S1, en contraste con el proceso de razonamiento más lento y controlado del S2.

Sin embargo, la base teórica que explica esta variable es la expuesta por Barratt y Patton (1983) quienes consideran que la impulsividad no es un constructo unitario, sino un fenómeno compuesto por diversas facetas interrelacionadas. A continuación, se menciona cada uno de estos aspectos relacionados con la impulsividad:

1) Impulsividad motora, se refiere a la incitación de la persona que posee un comportamiento por impulso, sin pensar. Caracterizada por una tendencia a actuar impulsivamente, influenciada por el estado emocional o por un patrón de comportamiento constante, arraigado en hábitos. 2) Impulsividad atencional o cognitiva, se presenta de manera rápida, es decir que actúa por estímulos. Caracterizada por la sensibilidad a la interferencia y falta de estabilidad cognitiva o por la capacidad para mantener la concentración y focalizar la atención. 3) Impulsividad por imprevisión o no planeada: se refiere a la falta de autocontrol y la poca capacidad de tomar decisiones no planeadas. Caracterizada por la capacidad para anticipar las consecuencias de los comportamientos o por la habilidad para disfrutar de tareas complejas.

El suicidio se define como el acto de provocarse deliberadamente la muerte (Shneidman, 1993). Asimismo, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta lo describe como la muerte causada por una conducta autoinfligida perjudicial, con la intención de quitarse la vida. Además, se ha conceptualizado tanto el intento suicida como la ideación suicida; el primero como una conducta autoinfligida no mortal, potencialmente perjudicial, con la intención de quitarse la vida, y el segundo como el proceso de pensar, considerar o planear el suicidio (Crosby et al., 2010).

Por otro lado, según otros autores, la conducta suicida abarca una amplia gama de comportamientos autolesivos, que van desde las meras ideaciones y los intentos hasta el acto consumado de suicidio (Joiner, 2005). Mientras tanto, la ideación suicida se define como la aparición de pensamientos recurrentes y persistentes relacionados con la autodestrucción (Linehan, 1993; Beck, 1961).

Se han propuesto diversas teorías para comprender la ideación suicida, un fenómeno complejo que ha generado un considerable interés académico y clínico.

En este contexto, se explorarán algunas de las teorías que han surgido:

La teoría de la desesperanza de Beck (1976) plantea que la ideación suicida emerge cuando una persona siente una profunda desesperanza y cree que no hay una solución posible para la situación dolorosa en la que se encuentra. Por otro lado, según Rudd (2008) y su teoría de la vulnerabilidad fluida, la ideación suicida surge de la combinación de imprudencia emocional, es decir, dificultades en regular las emociones, junto con la sensación de desesperanza.

Adicionalmente, La teoría Interpersonal del Suicidio plantea que la ideación suicida surge de la interacción entre la sensación de ser una carga para los demás, la ausencia de sentido de pertenencia y la capacidad para cometer el acto suicida (Van Orden et al., 2010).

No obstante, se tomará como base teórica principal lo mencionado por Beck et al. (1979) quienes postularon que los sujetos propensos a la ideación suicida tienen patrones de pensamiento negativos y distorsionados, incluyendo la autocrítica excesiva, la percepción de falta de soluciones y la sensación de desesperanza.

Ahora, se explicará de forma más detallada la estructura que presenta la ideación suicida, la cual dividieron en tres dimensiones:

Actitud hacia la muerte: Se refiere a las actitudes, temores y expectativas inapropiadas que una persona tiene en relación con la muerte. Esto implica la forma en que la persona se sumerge en pensamientos que la conducen hacia un objetivo común: el suicidio o la muerte. Pensamiento/deseo: Estos constituyen los pensamientos sobre poner fin a la propia vida, incluyendo la frecuencia de las ideas suicidas y la resistencia mental contra estos pensamientos. Con el tiempo, estos pensamientos se vuelven más recurrentes, generando ansiedad e impulsividad en la persona. Proyecto de intento de suicidio: Se refiere a las circunstancias y planes específicos que una persona tiene para poner fin a su vida, implicando acciones auto lesivas repentinas.

Por otro lado, de acuerdo con la perspectiva de García et al. (2018), el acto suicida puede manifestarse de manera repentina y sin señales previas, presentándose como una respuesta impulsiva e inmediata ante una situación abrumadora. Este tipo de comportamiento, caracterizado por la falta de una reflexión previa y la

ausencia de planificación, resalta la complejidad y la imprevisibilidad inherentes a los comportamientos suicidas.

Por último, es relevante mencionar la teoría de la Diátesis-Estrés (Zubin y Spring, 1977), la cual ofrece una explicación sobre la relación entre ambas variables. Esta teoría postula que la probabilidad de experimentar problemas psicológicos o trastornos mentales está determinada por la interacción entre la predisposición biológica o psicológica de una persona y los factores estresantes ambientales. En este contexto, la impulsividad puede ser considerada como una predisposición que, al combinarse con estresores significativos, podría aumentar el riesgo de ideación suicida.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo básica, orientada a una comprensión exhaustiva de los elementos fundamentales de los fenómenos y sus relaciones, con el fin de alcanzar un conocimiento más profundo (CONCYTEC, 2018, Campbell y Stanley, 1995).

El diseño fue no experimental, puesto que este diseño no manipula intencionalmente las variables (Campbell y Stanley, 1995). El tipo de corte de investigación fue transversal ya que las variables fueron evaluadas una única vez para analizar la asociación (Shadish et al., 2002).

El nivel fue descriptivo correlacional puesto que se buscó descripción, evaluación de intensidad y orientación de las conexiones entre las variables, utilizando métodos estadísticos (Cohen et al., 2007). Asimismo, fue correlacional comparativo, puesto que estaba enfocado en examinar las relaciones entre las variables de estudio por medio de la comparación de grupos (Kerlinger y Lee, 2002).

3.2. Variables y Operacionalización

Impulsividad

Definición conceptual: Es la propensión a tomar decisiones rápidas sin considerar las posibles implicaciones (Barratt y Patton, 1983).

Definición operacional: La BIS - 11 fue diseñada por Patton et al. (1995) y está conformada por 30 ítems y 3 dimensiones donde 12 elementos se encuentran de forma inversa.

Dimensiones: I. Impulsividad Cognitiva (IC), II. Impulsividad Motora (IM), III. Impulsividad No Planeada (INP).

Escala de medición: Escala ordinal Likert con cuatro alternativas de respuesta que van desde raramente o nunca (0) hasta siempre o casi siempre (4). Además, para una evaluación más precisa, ciertos ítems específicos se calificaron en orden inverso (1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30).

Ideación suicida

Definición conceptual: Es la presencia constante y repetitiva de pensamientos intrusivos acerca de la muerte propia, que incluyen planes y métodos concretos para el suicidio (Beck et al., 1979).

Definición operacional: La ISB cuenta con 19 ítems. Compuesta por 4 factores.

Dimensiones: I. Actitudes hacia la vida y la muerte (ISBD1), II. Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse (ISBD2), III. Características del intento suicida (ISBD3) y IV. Actualización del intento suicida (ISBD4).

Escala de medición: Se empleó un formato de escala ordinal Likert con tres opciones de respuesta, que varían de 0 a 2, con una puntuación total máxima de 38 puntos.

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: Es un conjunto o grupo de personas de mucho interés para realizar una investigación (Bordens y Abbott, 2010). La población de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo fue de 394 personas (Horna, comunicación personal, 8 de abril de 2024).

Tabla 1

Distribución poblacional de pacientes hospitalizados

Datos sociodemográficos		Frecuencia	%	Total
Género	M	158	40.10	394
	F	236	59.90	
Grupo Etario	1	20	5.08	
	2	161	40.86	
	3	118	29.95	
	4	95	24.11	

Nota. M = Masculino; M = Femenino; 1 = Adolescencia; 2 = adultez temprana; 3 = adultez media; 4 = adultez tardía

Criterios de inclusión:

- Pacientes hospitalizados en el centro de atención médica con seguro médico completo.
- Pacientes con edades entre 18 a 60 años de edad.
- Personas inscritas por un período de 2 a 4 meses.
- Quienes dieron su consentimiento, para cooperar y participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se padezcan algún tipo de enfermedad degenerativa o alteraciones psiquiátricas
- Pacientes que tengan dificultades auditivas, visuales, etc.

Muestra: Es una representación adecuada de la población general (Hernández y Mendoza, 2023). La muestra fue obtenida por medio de la fórmula para población finita de Abad y Servin (1982) dando como resultado un total de 195 participantes de ambos sexos mayores de 17 años.

$$\begin{aligned} N &= 394 & p &= 0.5 & e &= 0.05 \\ z &= 1.96 & q &= 0.5 \end{aligned}$$

$$n = (N \times (Z^2 \times p \times q)) / (e^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q)$$

$$n = (394(1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)) / (0.05^2 \times 393) + (1.96^2 \times 0.5 \times 0.5) = 195$$

Tabla 2.

Muestra de pacientes hospitalizados

Datos sociodemográficos		Frecuencia	%	Total
Género	M	90	46.15	
	F	105	53.85	
Grupo Etario	1	11	5.64	195
	2	155	79.49	
	3	29	14.87	

Nota. M = Masculino; F = Femenino; 1 = Adolescencia; 2 = adultez temprana; 3 = adultez media

Muestreo: En este estudio, se empleó un método de muestreo no probabilístico, donde no todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser

seleccionados (Arias y Covinos, 2021). Puesto que, el tipo de muestreo fue por conveniencia, solo se seleccionó a aquellos sujetos que estuvieran disponibles y dispuestos a participar en el estudio, aprovechando la facilidad de su acceso (Otzen y Manterola, 2017).

Unidad de análisis: Pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: En este estudio, se emplearon dos escalas directamente aplicadas a los pacientes: una de impulsividad, compuesta por 30 ítems, y otra de ideación suicida, con 19 ítems. Estas escalas se utilizaron para evaluar los estados de actitud y los pensamientos de los pacientes hospitalizados, identificando los factores más relevantes en su contexto.

Instrumentos: Se usaron dos medidas para recopilar información: La escala BIS de 30 ítems que se puede aplicar directamente a los pacientes y la escala de ISB de 19 reactivos. La primera ha identificado los factores más importantes que influyen en el estado mental mientras que la segunda busca proveer información acerca del pensamiento de los pacientes hospitalizados.

La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), desarrollada por Patton et al. (1959), tiene como objetivo evaluar las respuestas impulsivas en jóvenes y adultos. Este cuestionario consta de 30 afirmaciones que exploran la impulsividad cognitiva, motora y no planeada. Los participantes responden individualmente en una escala Likert de 4 opciones, que varía desde: raramente o nunca hasta siempre o casi siempre. La administración se realiza de forma individual o por grupos, y se estima que toma aproximadamente 15 minutos completarla.

La versión original del estudio incluyó una muestra de 412 estudiantes universitarios, 73 hombres en prisión y 248 personas con alteraciones psiquiátricas divididos en dos grupos: pacientes con diagnóstico de adicción al consumo de sustancias y pacientes psiquiátricos en general. La confiabilidad del instrumento se evaluó utilizando el α de Cronbach, con resultados de $\alpha = 0.82$ para estudiantes universitarios, $\alpha = 0.83$ para pacientes psiquiátricos, $\alpha = 0.80$ para prisioneros y $\alpha = 0.79$ para pacientes con adicción a sustancias. Además, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) que inicialmente identificó 6

factores, explicando el 47.3% de la varianza total. Sin embargo, al aplicar la rotación Promax, estos factores se redujeron a tres factores.

En el análisis realizado por Salvo y Castro (2013) se examinaron los datos utilizando el coeficiente α de Cronbach, dando como resultado un valor total en la escala de 0.77. Esta cifra indica que la escala cuenta con niveles apropiados de fiabilidad. Respecto a la validez se optó por realizar la evaluación de la validez concurrente, para ello se correlacionó el valor total con el obtenido por la escala de Impulsividad- DSM-IV. En donde se encontró correlación positiva y altamente significativa entre ambas escalas ($r = 0.55$, $p < .001$).

Loyola (2012) realizó un estudio en el contexto peruano, examinó la estructura factorial de la BIS-11, para ello inició realizando un AFE donde solo se seleccionó aquellos ítems con cargas factoriales por encima de 0.30, dando como resultado un nuevo modelo estructural con dos factores, compuestos por 24 ítems: 16 ítems de impulsividad motora – atencional y 8 reactivos de impulsividad no planeada – atencional. Además, se realizó la validez convergente con la Escala de Afecto Positivo ($r = -.197$; $p < 0.01$) y divergente con la Escala de Afecto Negativo ($r = .327$; $p < 0.01$). Lo cual refleja que el instrumento BIS -11 se relaciona con otras variables. Finalmente, la fiabilidad arrojó un α de Cronbach aceptable en la dimensión Impulsividad motora – atencional ($\alpha = .76$) y una fiabilidad media en el coeficiente de α de Cronbach para la dimensión Impulsividad no planeada – atencional ($\alpha = .69$).

Antes de aplicar el instrumento en la muestra de la investigación, se realizó una prueba piloto en 110 pacientes hospitalizados, en donde se obtuvieron las siguientes evidencias psicométricas del BIS – 11. El análisis de ítems mostró que la asimetría y curtosis se mantuvieron dentro de los parámetros aceptables de +/- 1.5. Además, el índice de homogeneidad corregida, solo mostraron saturaciones mayores a 0.30 en 14 ítems: 9 y 11 – Impulsividad Cognitiva. 17, 19, 21 y 23 – Impulsividad Motora y 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18 en el factor impulsividad no planeada. Posterior a ello, se realizó un AFC donde se obtuvieron índices de bondad de ajuste con un $\chi^2/g.l = 1.32$; CFI=.820; TLI= .805; RMSEA= .054 y SRMR= .105 para el modelo original. Por tal motivo, se procedió a realizar un modelo alternativo conservando solo los ítems 9 y 11 para IC, los ítems 16, 17, 19, 21 y

23 para IM, y los ítems 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15 y 18 para INP, además se realizó la covarianza del ítem 10 y 12, dando como resultados índices de bondad de ajuste aceptables: $\chi^2/g.l = 1.21$; CFI = .919; TLI = .901; RMSEA = .044; SRMR = .075, los cuales fueron aceptables. Finalmente, en términos de la fiabilidad la escala general del modelo original logró obtener valores aceptables de $\omega = 0.81$ y $\alpha = 0.81$.

La Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), desarrollada por Beck et al. (1979), tiene como propósito evaluar la intensidad de los pensamientos suicidas y otros factores relevantes. Estos elementos abarcan la fuerza de los anhelos de vida o muerte, la peligrosidad del método contemplado, la accesibilidad de dicho método, el sentido de dominio sobre la acción y la existencia de restricciones. El instrumento presenta 19 reactivos y se administra por medio de la escala Likert de 3 puntos. En la versión original del instrumento ISB, se evaluó la confiabilidad mediante análisis de ítems y el coeficiente α (KR-20). El análisis de ítems reveló correlaciones significativas y positivas entre los reactivos y la puntuación total de la escala. Se obtuvo un coeficiente alfa de 0.89 para 90 casos, indicando una alta confiabilidad del instrumento. Para evaluar la validez del ISB, se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Desesperanza de Beck (BHQ) como medidas convergentes. Los resultados mostraron que la desesperanza estaba más estrechamente relacionada con la ideación suicida que la depresión. Esto respalda la validez convergente del ISB, confirmando que la escala mide efectivamente lo que se propone medir, es decir, la ideación suicida.

El análisis realizado por González et al. (2000) respecto a la estructura factorial evidenció cuatro dimensiones, siguiendo el formato original de Beck. La primera sub escala evaluó las actitudes hacia la vida y la muerte con cinco reactivos, mostrando un $\alpha = 0.90$. La segunda sub escala, centrada en pensamientos y deseos suicidas se conformó por cinco reactivos, reveló dos factores con coeficientes alfa de 0.65 y 0.45 respectivamente, aunque se consideró relevante fusionarlos en solo una dimensión. La tercera subescala, enfocada en las características del intento suicida fue compuesta por cuatro reactivos y se agrupó en un único factor con una consistencia interna de $\alpha = 0.61$. Finalmente, la cuarta subescala abordó la actualización del intento suicida tomando dos reactivos con un coeficiente alfa de 0.45.

Salverredy (2021) realizó un análisis de la ISB en el contexto peruano, donde se logró obtener una fiabilidad del coeficiente de $\alpha = .831$; además de identificar cuatro dimensiones con un nivel de fiabilidad aceptable: Actitud hacia la vida/muerte ($\alpha = .749$); Pensamientos o deseos suicidas ($\alpha = .605$); proyecto del intento ($\alpha = .746$) y realización del intento proyectado ($\alpha = .644$). Además, se realizó un análisis de fiabilidad test-retest y el valor obtenido fue de $\alpha = .788$.

Del mismo modo, se aplicó una prueba piloto a 110 pacientes hospitalizados, donde se obtuvieron las características psicométricas del instrumento ISB. Con respecto al análisis de ítems, solo los reactivos 3 y 12 mostraron valores de asimetría y curtosis por encima del margen ± 1.5 , con respecto al índice de homogeneidad corregida se logró observar en casi todos los ítems valores mayores a 0.30 (exceptuando los ítems 11 y 19). Al realizar el AFC con el modelo original se evidenciaron los siguientes índices de bondad: $\chi^2/gf = 1.07$; CFI= .959; TLI= .952; RMSEA= 0.025 y SRMR= .086, debido a ello, se realizó un modelo alternativo donde se correlacionaron algunos ítems (IS1 \sim IS2, IS3 \sim IS5, IS7 \sim IS11; IS17 \sim IS19) logrando así valores aceptables en los índices de ajuste: $\chi^2/gf = 1.01$; CFI= .994; TLI= .992; RMSEA= 0.010 y SRMR= .080. Finalmente, la confiabilidad de la escala general del modelo original fue de un α de Cronbach = .82 y ω de McDonald = .83. Mientras que solo las dimensiones Características de sus actitudes hacia la vida y la muerte (ISBD1), Características del intento suicida (ISBD3) y Actualización del intento suicida (ISBD4) mostraron valores aceptables del ω de McDonald con un 0.70, 0.70 y 0.66 respectivamente, y solo la dimensión Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse (ISBD2) mostró un valor de ω de McDonald = .64, siendo cuestionable la confiabilidad de este último.

3.5. Procedimientos

Primero, se solicitó permiso tanto a los autores de los instrumentos utilizados en la investigación como al Hospital Nacional Dos de Mayo para llevar a cabo su aplicación. Posteriormente, los instrumentos fueron validados por jueces expertos, quienes determinaron que la claridad, coherencia y relevancia del contenido eran fiables. Adicionalmente, se realizó una prueba piloto que confirmó que ambas escalas contaban con propiedades psicométricas aceptables. Luego de ello, se

recolectaron los datos por medio de los instrumentos BIS 11 e ISB, los cuales se aplicaron de forma presencial en un formulario que incluía el consentimiento informado, una ficha sociodemográfica y ambos instrumentos. La aplicación fue individualmente a pacientes hospitalizados, con una duración aproximada de 20 minutos. Después de recolectar los datos, se verificaron las encuestas para identificar respuestas incompletas y, posteriormente, se tabularon y codificaron en Microsoft Excel. Por último, se realizó los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, en base a los valores encontrados dentro del análisis inferencial y descriptivo con la muestra de estudio.

3.6. Método de análisis de datos

Seguido de los procedimientos realizados para la recolección y almacenamiento de los datos, se inició el análisis de datos, en donde se utilizó como software estadístico el programa Jamovi 2.3.28 y SPSS 25, la cual estuvo dividida en dos fases.

Fase 1. Análisis de propiedades psicométricas de ambos instrumentos, inició con un análisis de ítems de cada uno de los instrumentos, donde se consideraron los siguientes criterios: frecuencia de respuesta, media y desviación estándar, del mismo modo, se optó por presentar estadísticos como los coeficientes de asimetría y curtosis, los cuales si se encontraban dentro del rango +/- 1.5 evidenciarían que los datos presentan una distribución normal (Lloret et al., 2014). Asimismo, se vio oportuno considerar el índice de homogeneidad corregida (IHC) o también reconocido como ítem correlación – test, y también las comunalidades (h^2) con la finalidad de reconocer si los reactivos presentaban una correlación adecuada con el factor donde se agrupan, y a su vez, si están direccionados a medir la variable (Pérez y Medrano, 2010).

Después de ello, se utilizó el software estadístico Jamovi versión 2.2.5 para el análisis de estructura interna de ambos instrumentos para comprobar la validez de constructo mediante un AFC, donde se procesaron los modelos originales, reportando los índices de ajuste: CFI, TLI, RMSEA y SRMR (Escobedo et al., 2016).

Finalmente, con respecto a la confiabilidad se evaluó por medio del método de consistencia interna calculado con los coeficientes de α de Cronbach y ω de McDonald.

Fase 2. Análisis inferencial y descriptivo, esta fase dio inicio con el análisis de normalidad de las variables de estudio a través de la prueba de Shapiro Wilk ya que indica una mayor potencia estadística en los resultados, independientemente de la cantidad de participantes (Mohd y Bee, 2011). En este sentido, se reportó un valor de p menor a 0.05, por tal razón, se trabajó con las pruebas no paramétricas Rho Spearman y U de Mann Whitney; para el análisis correlacional y comparativo respectivamente, ya que son estadísticos necesarios para el análisis de variables y dimensiones (Mendivelso, 2022). Además, en ambos análisis se reportó el valor de la significancia y tamaño del efecto, obtenido a través del coeficiente de determinación (r^2). Por otro lado, para el análisis descriptivo, se realizó la descripción por niveles, calculados por medio de las puntuaciones generales obtenidas en cada uno de las escalas utilizadas.

3.7. Aspectos éticos

La investigación se orienta hacia la aseguración de la integridad ética al adherirse a las normas establecidas por APA (2020), donde se menciona que es indispensable la citación de cada uno de los autores originales, ya que de este modo se atribuyen adecuadamente los derechos de autoría.

El C.Ps.P. (2017) según el art. 24 refiere que antes de que los participantes formen parte de la base de datos, se debe obtener su consentimiento formal. Además, el art. 36 subraya la responsabilidad que tiene el psicólogo de salvaguardar la privacidad de los individuos que formaron parte de su estudio, respetando y tomando dicha información únicamente con fines académicos o investigativos.

De igual manera, que con se adoptaron las normas de ética de APA (2020), esta investigación, se ajusta a lo postulado por el Código de Ética en Investigación de la Universidad César Vallejo (2020), en conformidad con el Código Nacional de la Integridad Científica. Esto implica el cumplimiento riguroso de normativas que prohíben la omisión de procedimientos, la manipulación de datos y el plagio. Específicamente, se garantiza la integridad en la presentación de resultados y se evita la apropiación indebida de ideas de otros autores.

Además, se asegura que, durante todo el desarrollo del trabajo de investigación, se ha seguido rigurosamente las pautas establecidas por la universidad para la

elaboración, presentación, evaluación y aprobación. Siendo un trabajo de pregrado, este estudio se adhiere a las regulaciones aplicables a todos los programas académicos de esta categoría (UCV, 2023).

IV. RESULTADOS

Análisis inferencial

Tabla 3

Prueba de normalidad de las variables de estudio

Variables	N	Shapiro-Wilk	
		W	p
Impulsividad	195	.99	.001
Características de sus actitudes hacia la vida y la muerte (ISBD1)	195	.80	< .001
Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse (ISBD2)	195	.88	< .001
Características del intento suicida (ISBD3)	195	.75	< .001
Actualización del intento suicida (ISBD4)	195	.85	< .001
Ideación Suicida	195	.87	< .001

Nota. ISBD1 = Características de sus actitudes hacia la vida y la muerte; ISBD2= Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse; ISBD3 = Características del intento suicida; ISBD4 = Actualización del intento suicida

En la tabla 5, se mostraron los resultados de la prueba de normalidad de S-W, donde se determinó que la muestra no seguía una distribución normal (Pedrosa et al., 2014), lo que implicó trabajar con métodos estadísticos no paramétricos.

Tabla 4*Correlación entre Impulsividad e Ideación Suicida en pacientes hospitalizados*

		Impulsividad
	Rho	.480***
	r ²	.214
Ideación Suicida	p	< .001
	n	195

Nota. r² = coeficiente de determinación; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

En la tabla 4, se demostró una asociación positiva moderada entre impulsividad e ideación suicida ($\rho = .480$; $p < .001$), en otras palabras, significa que a medida que aumenta la impulsividad, también tiende a aumentar la tendencia hacia la ideación suicida, y viceversa. Además, el coeficiente de determinación mostró un ($r^2 = .214$) lo que quiere decir que aproximadamente el 21.4% de la variabilidad en la ideación suicida puede ser explicada por la impulsividad. Asimismo, en base los valores obtenidos de la rho y r², el tamaño de efecto indicó ser mediano (Ellis, 2010).

Tabla 5

Correlación entre impulsividad y dimensiones de ideación suicida en pacientes hospitalizados

		Impulsividad
ISBD1	Rho	.487***
	r ²	.202
	p	< .001
	n	195
ISBD2	Rho	.428***
	r ²	.180
	p	< .001
	n	195
ISBD3	Rho	.426***
	r ²	.175
	p	< .001
	N	195
ISBD4	Rho	.435***
	r ²	.176
	p	< .001
	n	195

Nota. ISBD1 = Características de sus actitudes hacia la vida y la muerte; ISBD2= Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse; ISBD3 = Características del intento suicida; ISBD4 = Actualización del intento suicida; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En la Tabla 5, se evidencia una conexión positiva y significativa entre cada dimensión de la ideación suicida (ISD1, ISD2, ISD3, ISD4) y la impulsividad. Para ISD1, el coeficiente de correlación (rho) es de .487 ($p < .001$), lo que sugiere que individuos con mayor impulsividad podrían mostrar actitudes más desfavorables hacia la vida y la muerte. Similarmente, para ISD2, el valor de rho es de .428 ($p < .001$), indicando que aquellos con niveles más altos de impulsividad experimentan con mayor frecuencia pensamientos y deseos suicidas. Se encontraron correlaciones similares y significativas para ISD3 (rho = .426; $p < .001$) e ISD4 (rho = .435; $p < .001$), sugiriendo que la impulsividad está relacionada con intentos suicidas más serios y una mayor tendencia a repetirlos, respectivamente. Además, los coeficientes de determinación (r^2) revelan que aproximadamente el 20.2%, 18.0%, 17.5% y 17.6% de la variabilidad en cada dimensión de la ideación suicida puede ser explicada por la impulsividad ($r^2 = .202$ para ISD1, $r^2 = .180$ para ISD2, $r^2 = .175$ para ISD3 y $r^2 = .176$ para ISD4). Con respecto al tamaño del efecto entre

las dimensiones de ideación suicida e la variable impulsividad todos se situaron en un tamaño mediano, ya que el coeficiente de Spearman (ρ) y el coeficiente de determinación (r^2) fueron mayores a .30 y .10 respectivamente (Ellis, 2010).

Tabla 6

Diferencias de la impulsividad según género en pacientes hospitalizados

		Estadístico	p	Diferencia de medias	Tamaño del Efecto
Impulsividad	U de Mann-Whitney	4434	.459	-1.00	0.0616

En la tabla 6, el valor de p es mayor a .05, indicando que no existe diferencias de la impulsividad según el género. Además, el tamaño del efecto es pequeño, lo que sugirió que incluso si hubiera una diferencia real, esta sería de magnitud reducida y posiblemente no clínicamente relevante.

Tabla 7

Diferencias de la ideación suicida según género en pacientes hospitalizados

		Estadístico	p	Diferencia de medias	Tamaño del Efecto
Ideación Suicida	U de Mann-Whitney	4688	.924	-9.26e-7	.00794

En la tabla 7, el valor de p es mayor a .05, lo que indicó que no existe diferencias de la ideación suicida según el género. Además, la diferencia de medias fue extremadamente pequeña, lo que respalda la conclusión de que no hay una diferencia sustancial en la ideación suicida entre ambos sexos en la muestra. El tamaño del efecto también confirmó que cualquier diferencia entre ambos sexos es mínima.

Análisis descriptivo

Tabla 8

Niveles de impulsividad en pacientes hospitalizados

Niveles	Impulsividad	
	f	%
Bajo	50	25.6
Medio	99	50.8
Alto	46	23.6

En la tabla 8, se describieron los diferentes niveles y su distribución en la muestra. El nivel medio de impulsividad fue la categoría más frecuente, con 99 participantes, lo que representa el 50.8% del total. El nivel bajo es el segundo con mayor cantidad, abarcando a 50 participantes y constituyendo el 25.6% de los participantes. Por último, el nivel alto representa el 23.6% de la muestra, siendo la categoría con menor frecuencia con 46 participantes. Estos resultados indican que la mayor parte de individuos presentaron un nivel medio de impulsividad, seguidos por aquellos en los niveles bajo y alto en proporciones menores dentro de la muestra.

Tabla 9*Niveles de ideación suicida en pacientes hospitalizados*

Niveles	Ideación Suicida	
	f	%
Bajo	58	29.7
Medio	90	46.2
Alto	47	24.1

En la tabla 9 se describen los niveles de ideación suicida en pacientes hospitalizados. El nivel medio de ideación suicida es la categoría con mayor frecuencia, con 90 participantes, lo que representa el 46.2% de la muestra. El nivel bajo es el segundo con mayor cantidad, abarcando a 58 participantes y constituyendo el 29.7% de los participantes. Por último, el nivel alto representa el 24.1% de la muestra, siendo la categoría con menor frecuencia con 47 participantes. Estos valores indican que la mayoría de la muestra se encuentra en un nivel de ideación suicida entre medio y bajo principalmente.

V. DISCUSIÓN

La investigación se ha enfrentado a una escasez de información a nivel nacional sobre las variables de impulsividad e ideación suicida. A pesar de este desafío, el estudio se ha esforzado por abordar esta brecha en la literatura, explorando diversas estrategias para contextualizar y enriquecer los hallazgos.

En relación con el objetivo general de determinar la relación entre la impulsividad e ideación suicida, se observó una correlación positiva y significativa en la muestra hospitalaria peruana ($\rho = .480$, $p < 0.001$, $r^2 = .214$). Este hallazgo sugiere que a medida que aumenta la impulsividad, también tiende a incrementar la tendencia hacia la ideación suicida, y viceversa. En línea con los hallazgos encontrados, Zhang et al. (2022) también identificaron una asociación significativa entre impulsividad e ideación suicida en su estudio con pacientes chinos. Sus resultados mostraron coeficientes significativos entre impulsividad e ideación suicida en población china adulta y joven ($r = .476$, $p < 0.001$). Esto respalda que la impulsividad está positivamente relacionada con la ideación suicida independientemente de aspectos socioculturales. Además, lo antes mencionado se reafirma por la teoría Diátesis y Estrés de Zubin y Spring (1977) la cual propone que la impulsividad sumada a estresores ambientales, puede llegar a generar que eventualmente una persona puede atentar contra su integridad, incrementado los pensamientos y deseos suicida, e incluso, llegando a maximizar la posibilidad de algún intento suicida.

Por su parte, el primer objetivo específico reveló una relación significativa entre impulsividad y las dimensiones de ideación suicida ($\rho = .487$ y $r^2 = .202$ para ISBD1, $\rho = .428$ y $r^2 = .180$ para ISBD2, $\rho = .426$ y $r^2 = .175$ para ISBD3, $\rho = .435$ y $r^2 = .435$ para ISBD4, todos con $p < .001$), mostrando resultados coherentes con estudios anteriores. Los hallazgos presentados coinciden con la investigación de Ramezani y Nourimoghadam (2024), quienes también encontraron una asociación directa y significativa entre impulsividad e ideación suicida ($p < .001$, $r = .18$). Además, datos similares fueron evidenciados por Dal Santo et al. (2020), quienes destacaron una correlación positiva entre ambos fenómenos ($r = .218$, $p = .003$). Asimismo, según lo planteado por García et al. (2018) se puede comprender que la aparición de un acto suicida suele presentarse sin previo aviso,

es decir, de forma impulsiva, demostrando así lo complejo e impredecible que son los comportamientos suicidas.

Al explicar el segundo objetivo específico se encontró que no existen diferencias significativas de impulsividad entre el género masculino y femenino en la muestra estudiada ($p > .05$). Estos valores guardan cierta similitud con el análisis comparativo por género realizado por Delbazi et al. (2020) en población argentina, el cual mencionó que la impulsividad general no presenta diferencias significativas. Asimismo, Celma (2015) mencionó que encontrar disparidades de actos impulsivos según el sexo no son del todo concluyentes, ya que si bien los hombres y las mujeres presentan características diferentes que pueden decantar en muchas situaciones por uno de los dos, también puede ser inconsistentes, debido a que no son medidas de forma objetiva. Por tal razón, considerar la complejidad de la impulsividad más allá de las diferencias de sexo es importante, ya que resalta la necesidad de investigaciones adicionales para comprender mejor cómo interactúan estos diversos factores en la manifestación de la impulsividad en diferentes contextos y poblaciones.

Asimismo, el tercer objetivo específico mostró que no existen diferencias significativas de ideación suicida entre ambos géneros en la muestra de pacientes hospitalizados ($p > .05$), los cuales concuerdan con los resultados de Chávez et al. (2020) en un hospital del Perú ($OR = 1.63$; $p > .05$) demostraron que la ideación suicida puede ser experimentada de manera similar por hombres y mujeres en este contexto específico. Sin embargo, Baños (2021) identificó que las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad a la ideación suicida, respaldado por un valor de $BF_{10} = 53,477$. Asimismo, De la Cruz et al. (2023) también encontraron que las mujeres mostraron una mayor propensión a la ideación suicida (MR : Masculino = 632.65, Femenino = 712.37; $M-WU = 198.247,5$ $z = -4,02$, $p < .05$). La diversidad en los resultados de diferentes estudios subraya la complejidad de este tema y la importancia de abordarlo desde enfoques multidisciplinarios que integren factores biológicos, psicológicos y sociales para comprender completamente las diferencias en la ideación suicida según el género.

Con respecto al cuarto objetivo específico se evidenció una mayor prevalencia del nivel medio en Impulsividad (50.8%). Estos resultados son consistentes con la

teoría de la impulsividad de Barratt y Patton (1983), la cual describe la impulsividad como un atributo de personalidad relacionado con la disposición a tomar acciones impulsivas sin reflexionar sobre sus resultados a largo plazo. En consecuencia, los niveles moderados de impulsividad observados podrían indicar una preferencia por tomar decisiones rápidas y sin mucha planificación, lo cual podría tener importantes repercusiones en el comportamiento y las decisiones de las personas.

Del mismo modo, el quinto objetivo específico reveló que la escala de ideación suicida tuvo una mayor predominancia en el nivel medio con un 46.2% de los participantes. Estos resultados sugieren una prevalencia significativa de ideación suicida en niveles intermedios dentro de la muestra analizada. Estos hallazgos encuentran respaldo en el modelo cognitivo de la ideación suicida propuesto por Beck et al. (1979), el cual destaca la importancia de los procesos cognitivos en la predisposición hacia la ideación suicida. En este sentido, los niveles observados de ideación suicida podrían reflejar la presencia de distorsiones cognitivas y esquemas desadaptativos asociados con la vulnerabilidad hacia la conducta suicida.

Dicho ello, las implicaciones de este estudio aportan a nivel práctico, puesto que sirven para desarrollar programas de capacitación para psicólogos clínicos centrados en la evaluación y manejo de la impulsividad y la ideación suicida en pacientes hospitalizados, lo que potencialmente reduciría el riesgo de suicidio en esta población vulnerable; y además, contribuyen a nivel teórico dentro del campo de la investigación sobre factores de riesgo suicida en el contexto hospitalario, proporcionando evidencia adicional sobre la asociación entre la impulsividad y la ideación suicida.

Los resultados del estudio resaltan la importancia de considerar la impulsividad como un factor de riesgo relevante en la evaluación del riesgo suicida en pacientes hospitalizados. Además, sugieren una posible universalidad en esta relación, independientemente del género del paciente. Sin embargo, es esencial reconocer que las expresiones de estos fenómenos pueden variar según el contexto cultural y social, lo que destaca la necesidad de futuras investigaciones para comprender mejor estas diferencias y su influencia en la evaluación y tratamiento.

La interrelación entre las dimensiones específicas de la impulsividad y la ideación

suicida subraya la importancia de evaluar ambas integralmente para comprender mejor el riesgo suicida en pacientes hospitalizados. Esto enfatiza la necesidad de adoptar un enfoque holístico en la evaluación y manejo del riesgo suicida, considerando no solo los síntomas de depresión o ansiedad, sino también la impulsividad como un factor de riesgo independiente.

El estudio presentó dificultades, específicamente con el instrumento de evaluación BIS - 11, la cual mostró propiedades psicométricas cuestionables, especialmente en la validez de constructo, lo que llevó a realizar ajustes estructurales para mejorar su precisión, sin embargo, se optó por conservar el modelo original como escala general para la variable impulsividad ya que la confiabilidad fue aceptable, evitando realizar interpretaciones con las dimensiones de este instrumento debido a su poca consistencia.

Además, surgieron dificultades logísticas en la recolección de datos, como la restricción en el número diario de pacientes evaluables debido a la burocracia hospitalaria y la variabilidad en la disposición de los participantes para completar los cuestionarios. Estas limitaciones y desafíos debieron ser cuidadosamente considerados al interpretar los resultados y al evaluar su aplicabilidad en entornos clínicos.

A pesar de las limitaciones inherentes al estudio, como el sesgo de selección debido al acceso limitado a ciertas áreas de hospitalización y posibles sesgos en las respuestas de los participantes, se llevó a cabo una evaluación exhaustiva para determinar si los hallazgos podrían tener implicaciones prácticas significativas en la prevención, diagnóstico o tratamiento de la impulsividad y la ideación suicida en pacientes hospitalizados.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA: Se halló que existe una relación moderadamente positiva entre la ideación suicida y la impulsividad, sugiriendo que ambas están interconectadas, de modo que un aumento en la impulsividad se relaciona con una mayor tendencia hacia la ideación suicida.

SEGUNDA: Se estableció una asociación positiva y significativa entre la impulsividad y todas las dimensiones de la ideación suicida, sugiriendo que la presencia de impulsividad está relacionada con actitudes negativas hacia la vida y la muerte, pensamientos y deseos suicidas, así como intentos de suicidio más graves y repetidos.

TERCERA: No se encontraron diferencias significativas en la impulsividad según el género, lo que sugiere una homogeneidad en los niveles de impulsividad entre hombres y mujeres en la muestra.

CUARTA: Tampoco se detectaron diferencias notables en la ideación suicida entre ambos géneros, lo que indica una uniformidad en los niveles de ideación suicida entre hombres y mujeres en la muestra.

QUINTA: Los hallazgos indicaron que la impulsividad se concentra en un nivel intermedio, lo que resalta la presencia significativa de impulsividad en esta categoría en la muestra analizada.

SEXTA: De manera similar, la ideación suicida mostró una distribución predominante en el nivel intermedio, lo que sugiere una presencia considerable de pensamientos y deseos suicidas.

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA: Proponer investigaciones adicionales en diversos hospitales de Lima o de otras áreas del Perú con el objetivo de explorar las variaciones en la relación entre la impulsividad y la ideación suicida en distintos entornos clínicos, lo que contribuiría a una comprensión más completa y generalizable de estos fenómenos.

SEGUNDA: Integrar variables demográficas y clínicas adicionales en el estudio, como el diagnóstico psiquiátrico, la condición de salud física y la situación económica, con el propósito de profundizar en la comprensión de la interacción entre la impulsividad, la ideación suicida y otros aspectos relevantes.

TERCERA: Emplear diseños de investigación longitudinales para realizar un seguimiento de los pacientes hospitalizados a lo largo del tiempo, lo que posibilitaría explorar las relaciones causales entre la impulsividad y la ideación suicida, así como identificar potenciales factores de protección o de riesgo a lo largo del proceso.

CUARTA: Ejecutar programas de formación y talleres dirigidos a psicólogos clínicos y profesionales de la salud mental en el Hospital Nacional Dos de Mayo, focalizados en la evaluación y manejo de la impulsividad y la ideación suicida en pacientes bajo cuidado hospitalario.

QUINTA: Brindar recursos y servicios de apoyo continuo para los pacientes ingresados en el Hospital Nacional Dos de Mayo que enfrentan impulsividad e ideación suicida, lo cual incluiría acceso a servicios de salud mental, participación en grupos de apoyo y disponibilidad de líneas telefónicas de asistencia.

SEXTA: Desarrollar campañas de sensibilización y programas educativos en la comunidad con el objetivo de contrarrestar el estigma asociado a la salud mental y fomentar la detección temprana, el respaldo y la intervención en situaciones de impulsividad e ideación suicida.

REFERENCIAS

- Abad, A. y Servín, L. (1982). *Introducción al muestreo*. LIMUSA.
<https://bit.ly/3KTn7sO>
- Abdullah, M., Khalily, M. T., Ruocco, A. C. y Hallahan, B. (2023). Impulsivity, suicidal thoughts, psychological distress, and religiosity in adolescents and young adults. *Frontiers In Psychiatry*, 1137651.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1137651>
- American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.).
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0000165-000>
- Arias G. J. L. y Covinos Gallardo, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting EIRL.
<https://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20500.12390/2260>
- Baños, J. (2021). Análisis bayesiano de la ideación suicida en adultos peruanos. *MEDISAN*, 25(5), 1158-1170.
<https://www.redalyc.org/journal/3684/368469246008/>
- Barberis, N., Cannavò, M., Cuzzocrea, F. y Verrastro, V. (2022). Suicidal Behaviours During Covid-19 Pandemic: A Review. *Clinical neuropsychiatry*, 19(2), 84-96. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220202>
- Barratt E. y Patton J. (1983). Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. In Zuckerman M. (Ed.), *Biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety* (pp. 77- 121). Erlbaum.
<https://bit.ly/3VT1AXy>
- Barratt, E. (1959). Anxiety and Impulsiveness Related to Psychomotor Efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9(3), 191-198.
<https://doi.org/10.2466/pms.1959.9.3.191>
- Beck, A., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A., Ward, C., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International

- Universities Press.
- Bordens, K. y Abbott, B. (2010). *Research design and methods: A process approach*. McGraw Hill. <https://bit.ly/3VAqxMX>
- Campbell, D. y Stanley, J. (1995). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Rand McNally & Company. https://www.academia.edu/33262198/CAMPBELL_STANLEY_Dise%C3%B1os_experimentales_y_Cuasiexperimentales_en_la_investigaci%C3%B3n_social
- Cañón, S. y Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-395. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>
- Celma, J. L. (2015). Bases teóricas y clínica del comportamiento impulsivo. San Juan de Dios – Campus Docent. <https://bibliosjd.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/02/bases-teoricas-y-clinica-comportamiento-impulsivo.pdf>
- Chavez-Cáceres, R., Luna-Muñoz, C., Mendoza-Cernaqué, S., Jacinto Ubillus, J. y Correa Lopez, L. (2020). Factores asociados a ideación suicida en pacientes de un hospital de Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 374-380. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3054>
- Chiang, Y., Ma, Y., Lin, Y., Jiang, J., Wu, M. y Chiang, K. (2022). The Relationship between Depressive Symptoms, Rumination, and Suicide Ideation in Patients with Depression. *International journal of environmental research and public health*, 19(21), 14492. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114492>
- Cohen, L., Manion, L. y Morrison, K. (2007). *Research methods in education*. Routledge.
- CONCYTEC (2018). *Manual del Reglamento de Calificación, Clasificación y Registro de los Investigadores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica – Reglamento RENACYT*. https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf
- Crosby A., Ortega L. y Melanson, C. (2010). Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta

- (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. [Archivo PDF]. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/self-directed-violence-a.pdf>
- Cyders, M. A. y Coskunpinar, A. (2011). Measurement of constructs using self-report and behavioral lab tasks: is there overlap in nomothetic span and construct representation for impulsivity? *Clinical psychology review*, 965-982. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.001>
- Dal Santo, F., Carballo, J., Velasco, Á., Jiménez, L., Rodríguez, J., Martínez, C., Caro, I., De la Fuente, L., Menéndez, I., González, L., García, M., Bobes, J. y Sáiz, P. A. (2020). The Mediating Role of Impulsivity in the Relationship Between Suicidal Behavior and Early Traumatic Experiences in Depressed Subjects. *Frontiers In Psychiatry*, 11, 538172. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.538172>
- De la Cruz-Valdiviano, C., Bazán-Ramírez, A., Henostroza-Mota, C., Cossío-Reynaga, M. y Torres-Prado, R. (2023). Influence of Loneliness, Anxiety, and Depression on Suicidal Ideation in Peruvian Adults during the COVID-19 Pandemic. *Sustainability*, 15(4), 3197. <https://doi.org/10.3390/su15043197>
- Delbazi, M., Ana, L., Lumello, M. y Galaverna, F. (2020). Análisis de impulsividad y agresividad mediante Barratt Impulsiveness Scale y Buss-Perry Aggression Questionnaire en argentinos. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5(7), 1-15. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/31675/32516>
- Ellis, P. D. (2010). *The Essential Guide to Effect Sizes: Statistical Power, Meta-Analysis and the Interpretation of Research Results*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511761676>
- Escobedo, M., Hernandez, J., Estebané, V. y Martínez, G. (2016). Modelo de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. *Ciencia y Trabajo*, 16-22. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v18n55/art04.pdf>
- Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de los jueces. *Revista de Psicología*, 103-111. <https://doi.org/10.18800/psico.198801-02.008>

- Flint, J., Cohen, L., Nath, D., Habib, Z., Guo, X., Galynker, I. y Calati, R. (2021). The association between the suicide crisis syndrome and suicidal behaviors: The moderating role of personality traits. *European Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2235>
- García, J., García, H. y González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>
- Giancola, P., Mezzich, A., Clark, D. y Tarter, R. (1999). Cognitive distortions, aggressive behavior, and drug use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*. <http://doi.org/10.1037/0893-164X.13.1.22>
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C. y González, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21-30. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222304>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2023). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativa mixta*. McGraw-Hill.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kahneman, D. (2003). A Psychological Perspective on Economics. *American Economic Review*, 93 (2), 162-168.
- Katz, M. H. (2006). *Multivariable analysis*. Cambridge University Press.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. McGraw-Hill. <https://padron.entretemas.com.ve/INICC20182/lecturas/u2/kerlingerinvestigacion.pdf>
- Kim, B. y Kihl, T. (2021). Suicidal ideation associated with depression and social support: a survey-based analysis of older adults in South Korea. *BMC psychiatry*, 21(1), 409. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03423-8>
- Kline, P. (1995). *The handbook of psychological testing*. Routledge.
- Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 22 (140), 1-55.

- Linehan, M. (1993). *Cognitive - behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Llanque, D., Arenas, S. y Armandina, S. (2023). Phubbing e impulsividad en jóvenes con edades comprendidas 18 a 24 años del Instituto Privado en Juliaca. *Revista Científica De Ciencias De La Salud*, 16(1), 69 - 80.
<https://doi.org/10.17162/rccs.v16i1.1989>
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. y Tomas, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30 (3), 1151-1169.
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>.
- Lopez, J., Boldrini, M., Ricca, V., Oquendo, M. y Baca, E. (2021). Aggression, Impulsivity and Suicidal Behavior in Depressive Disorders: A Comparison Study between New York City (US), Madrid (Spain) and Florence (Italy). *Journal of Clinical Medicine*, 10 (3057), 1-12.
<https://doi.org/10.3390/jcm10143057>
- Loyola, N. (2012) *Validez y confiabilidad de la escala de impulsividad de Barratt versión 11 (BIS - 11) en mujeres encarceladas*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20500.12404/1174>
- Méndez, P., Fuster, J., Tapia, A. y López, J. (2021). Conductas suicidas y autolesiones en una muestra clínica de adolescentes chilenos. *Interciencia*, 46(12),455-461.
<https://www.redalyc.org/journal/339/33969944003/33969944003.pdf>
- Ministerio de Salud. (2021, 1 de mayo). Minsa advierte que la tasa de suicidio está en aumento en el Perú. *El peruano*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/490446-minsa-advierte-que-latasa-de-suicidio-esta-en-aumento-en-el-peru>
- Ministerio de Salud. (2021, septiembre). *Indicadores suicidas se incrementaron en tiempos de pandemia en Lima según estudio del instituto nacional de salud mental*. Instituto Nacional de Salud Mental.
<http://www.insm.gob.pe/OFICINAS/COMUNICACIONES/notasdeprensa/2>

[021/036.html#:~:text=Durante%20la%20pandemia%20hasta%20lo,por%20ideaci%C3%B3n%20suicida%20sin%20intento.](#)

- Mulaik, S., James, L., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S. y Stilwell, C. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105(3), 430-445. https://www.researchgate.net/publication/232594885_Evaluation_of_Goodness-of-Fit_Indices_for_Structural_Equation_Models
- Nicho-Almonacid, T. L., Melendrez-Ugarte, D. S. y Olivas-Ugarte, L. O. (2023). Factores predisponentes de riesgo suicida en adultos: una revisión sistemática. *Revista De Investigación En Psicología*, 26(1), 187-211. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v26i1.24206>
- Organización de las Naciones Unidas (2023). *Juventud: ¿Quiénes son los jóvenes?* <https://www.un.org/es/global-issues/youth>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2020). *UNESCO con, por y para la juventud.* <https://www.unesco.org/es/youth>
- Organización de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Cómo pueden los adolescentes proteger su salud mental durante la COVID-19.* UNICEF. <https://www.unicef.org/es/coronavirus/como-pueden-adolescentesproteger-su-salud-mental-durante-coronavirus>
- Organización de las Naciones Unidas. (1985). *Año Internacional de la Juventud.* <https://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/76761/00820093002678.pdf?sequence=1>
- Organización de las Naciones Unidas. (2020). *Informe de políticas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental.* Naciones Unidas. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_covid_and_mental_health_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la salud. (2014, enero). *Prevención del suicidio un imperativo global.* Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicidio.* Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Un informe de la OMS pone de relieve*

el déficit mundial de inversión en salud mental. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-reporthighlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35, 227-232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Patton, J., Stanford, M. y Barratt, E. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1)

Pedrosa, I., Juarros, J., Robles, A., Basteiro, J. y García, E. (2014). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14, 245-254. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.pbad>

Pérez, E. y Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2, 58-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3161108>

Ramezani, E. y Nourimoghadam, S. (2024). Tendencia e impulsividad suicida y autoconocimiento integrador entre la población adulta. *Int J High Risk Behav Addict*, 13, 137037. <https://doi.org/10.5812/ijhrba-137037>

Resolución Ministerial N.º 538 -2009/MINSA. *Modifican documento aprobado por R.M. N° 729-2003 SA/DM en la clasificación de los grupos objetivo para los programas de atención integral (19 de agosto de 2009)*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/275117/246361_RM538-2009EP.pdf20190110-18386-csi436.pdf?v=1547165242

Restrepo, M., Mejía, S. y García, J. (2023). El intento suicida en relación con la edad y otras variables psicosociales. Un análisis de contexto. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (69), 221-243. <https://doi.org/10.35575/rvucn.n69a9>

Robles, B. (2018). Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. *Pueblo Continente*, 29, 193 – 197.

<http://journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/view/991>

- Rudd, D. M. (2008). Teoría de la vulnerabilidad fluida: un enfoque cognitivo para entender el proceso del riesgo suicida agudo y crónico. En Thomas E. Ellis (dir.), *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia* (pp. 351-364). Manual Moderno.
- Salverredy, S. (2021). *Propiedades psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck en adolescentes escolares de educación básica regular del cono sur de Lima*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/2120>
- Salvo, L. y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 51(4), 245-254. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>
- Santos H., Marcon S., Nespollo A., Miraveti J. y Kogien, D. (2021). Asociación entre impulsividad e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 10 (2). <https://doi:10.18554/reas.v10i2.4269>
- Shadish, W., Cook, T. y Campbell, D. (2002). *Experimental and quasiexperimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company. https://moodle2.units.it/pluginfile.php/132646/mod_resource/content/1/Est_ratto_ShadishCookCampbellExperimental2002.pdf
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
- Shorub, E., Omar, A., Elshahawi, H., Naoum, D., Elshahawy, T. y Elhawary, Y. (2022). Impulsivity and psychiatric comorbidity as risk factors for suicide attempts in borderline personality disorder. *South African Journal of Psychiatry*, 28, 1-6. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v28i0.1544>
- Sindeev, A., Arispe, C. y Villegas, J. (2019). Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima. *Rev Med Hered*, 232-241. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v30n4/a04v30n4.pdf>
- Smith, G. y Cyders, M. (2016). Integrating affect and impulsivity: The role of positive and negative urgency in substance use risk. *Drug and alcohol*

- dependence, 163. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.038>
- Stanford, MS, Mathias, CW, Dougherty, DM, Lake, SL, Anderson, NE y Patton, JH (2009). Cincuenta años de la Escala de Impulsividad de Barratt: una actualización y revisión. *Personalidad y diferencias individuales*, 385-395. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
- Tolentino, S. (2010). *Perfil de estrés académico en alumnos de licenciatura en Psicología, de la Universidad Autónoma de Hidalgo en la Escuela Superior de Actopan*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo]. https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Perfil%20de%20estres%20academico%20en%20alumnos.pdf
- Universidad César Vallejo (2020). *Código de Ética en Investigación*. <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/11/RCUN%C2%B00262-2020-UCV-Aprueba-Actualizaci%C3%B3n-del-C%C3%B3digo-%C3%89tica-en-Investigaci%C3%B3n-1-1.pdf>
- Universidad César Vallejo. (2023). *Resolución de consejo Universitario N°0128-2023/UCV*. <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2023/05/RCU-N%C2%B0-128-2023-UCV-REGLAMENTO-DE-TRABAJOS-CONDUCENTES-A-GRADOS-Y-TITULOS-1.pdf>
- Van Orden, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E. y Joiner, T. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Winstanley, C., Eagle, D. y Robbins, T. (2006). Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: translation between clinical and preclinical studies. *Clinical psychology review*, 26(4), 379-395. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.001>
- Zhang, J., Zhang, X., Yang, G., & Feng, Z. (2022). Impulsiveness indirectly affects suicidal ideation through depression and simultaneously moderates the indirect effect: A moderated mediation path model. *Frontiers In Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.913680>
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal*

of *Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E ÍTEMS	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es la relación entre la impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024?</p>	<p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre la impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre impulsividad y las dimensiones de ideación suicida Analizar las diferencias de la impulsividad según género Analizar las diferencias de la ideación suicida según género Identificar los niveles de impulsividad Identificar los niveles de ideación suicida y sus dimensiones 	<p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe relación entre la impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe relación positiva y significativa entre impulsividad y las dimensiones de ideación suicida Existe diferencias de impulsividad según género Existe diferencias de ideación suicida según género 	<p>Variable 1 impulsividad Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> Impulsividad cognitiva Impulsividad motora Impulsividad no planeada <p>Variable 2 Ideación suicida Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> Características de sus actitudes hacia la vida y la muerte. Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse Características del intento suicida Actualización del intento suicida 	<p>Diseño: No experimental y transversal</p> <p>Nivel: Descriptivo-correlacional</p>

Anexo 2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ÍTEMS	ESCALA
Impulsividad	Barratt y Patton (1983), mencionan que la impulsividad es una característica que permite relacionarse con las acciones motoras que no se planean ni controlan, y que en muchas ocasiones son incorrectas, ya que no pueden medirse.	Para realizar la medición de dicha variable, se empleará la escala de impulsividad de Barratt - BIS 11 diseñada por Patton et al. (1995) y está conformada por 30 ítems y 3 dimensiones donde 12 elementos se encuentran de forma inversa.	Impulsividad Cognitiva (Atención).	5, 6, 9* , 11, 20* , 24, 26, 28	Ordinal de tipo Likert con 4 posibles respuestas
			Impulsividad Motora	2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 30*	
			Impulsividad no planeada	1*, 7*, 8* , 10*, 12* , 13*, 14, 15* , 18, 27, 29*	
Ideación suicida	La ideación suicida engloba una variedad de actitudes, planes y comportamientos que podrían estar vinculados a pacientes con pensamientos suicidas que también han sido diagnosticados con otros trastornos (Beck et al., 1979).	La ISB diseñada por Beck et al. (1979) cuenta con 19 ítems. Compuesta por 4 factores que miden actitudes hacia la muerte, pensamientos y deseos de suicidio, características del intento suicida y actualización del intento suicida.	Características de sus actitudes hacia la vida y la muerte	1, 2, 3, 4 y 5	Ordinal de tipo Likert con 3 posibles respuestas
			Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse	6, 7, 8, 9, 10, 11	
			Características del intento suicida	12, 13, 14 y 15	
			Actualización del intento suicida	16, 17, 18 y 19	

Anexo 3. Instrumentos

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

Patton et al. (1959) - Salvo y Castro (2013)

Nombre y Apellidos:

Edad:

Sexo:

Esta es una escala para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones. Responda rápida y honestamente marcando una X en la opción que más le represente.

	Raramente o Nunca (1)	Ocasionalmente (2)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado.				
2. Hago las cosas sin pensarlas.				
3. Tomo decisiones con rapidez.				
4. Soy despreocupado/a.				
5. No presto atención.				
6. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad. (Tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente).				
7. Planifico mis viajes con antelación.				
8. Soy una persona con autocontrol.				
9. Se concentró con facilidad.				
10. Ahorro con regularidad.				
11. Se me hace difícil estar quieto largos periodos de tiempo. Me impaciento cuando asisto a conferencias o representaciones.				
12. Pienso las cosas cuidadosamente.				
13. Planifico para tener un trabajo fijo. (Me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos.)				
14. Digo las cosas sin pensar.				
15. Me gusta pensar en problemas complicados.				
16. Cambio de trabajo frecuentemente. (No me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo .)				
17. Actúo impulsivamente.				
18. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente. (Me aburre pensar en algo demasiado tiempo).				
19. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren.				
20. Pienso las cosas con seriedad.				
21. Cambio de vivienda a menudo. (Me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo.)				
22. Compró cosas impulsivamente.				
23. Solo puedo pensar en un problema a la vez.				
24. Cambio de "hobbies".				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando.				
27. Me interesa más el presente que el futuro.				
28. Me siento inquieto en clases o charlas.				
29. Me gustan los rompecabezas.				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

CUESTIONARIO ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS

Beck et al. (1979) - González et al. (2000)

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

1. Deseo de vivir.

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Poco (Débil).
- 2. Ninguno (No tiene).

2. Deseo morir.

- 0. Ninguno (No tiene).
- 1. Poco (Débil).
- 2. Moderado a fuerte.

3. Razones para Vivir/Morir.

- 0. Vivir supera a morir.
- 1. Equilibrado (es igual).
- 2. Morir supera a vivir.

4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo.

- 0. Ninguno (inexistente).
- 1. Poco (Débil).
- 2. Moderado a fuerte.

5. Deseo pasivo de suicidio.

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

6. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración.

- 0. Breves, periodos pasajeros.
- 1. Periodos largos.
- 2. Continuos (Crónicos), casi continuos.

7. Frecuencia.

- 0. Rara, ocasionalmente.
- 1. Intermitente.
- 2. Persistentes y continuos

8. Actitud hacia los pensamientos/deseos.

- 0. Rechazo.
- 1. Ambivalente; indiferente.
- 2. Aceptación.

9. Control sobre la acción/deseo de suicidio.

- 0. Tiene sentido de control.
- 1. Inseguridad de control
- 2. No tiene sentido de control.

10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar).

- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
- 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
- 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.

11. Razones para pensar/desear el intento suicida.

- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
- 1. Combinación de 0-2.
- 2. Escapar, acabar, salir de problemas.

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO.

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento.

- 0. Sin considerar.
- 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
- 2. Detalles elaborados / bien formulados.

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.

- 0. Método no disponible, no oportunidad.
- 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
- 2. Método y oportunidad disponible 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

- 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
- 1. No está seguro de tener valor.
- 2. Está seguro de tener valor.

15. Expectativa/ anticipación de un intento real.

- 0. No.
- 1. Sin seguridad, sin claridad.
- 2. Sí.

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO.

16. Preparación real.

- 0. Ninguna.
- 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
- 2. Completa.

17. Nota Suicida.

- 0. Ninguna.
- 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
- 2. Escrita. Terminada.

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).

- 0. No.
- 1. Sólo pensados, arreglos parciales.
- 2. Terminados

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.

- 0. Revela las ideas abiertamente.
- 1. Revela las ideas con reservas.
- 2. Encubre, engaña, miente.

Fecha:/...../.....

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Nombre:

Sexo:

1) Masculino

2) Femenino

Edad:

Anexo 5. Carta de presentación de la escuela firmada por la coordinadora para el estudio piloto y la muestra final en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

 **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**
"Año De La Unidad, La Paz Y El Desarrollo"

Hospital Nacional "Dos de Mayo"
DIRECCIÓN
20 OCT. 2023
TRAMITE DOCUMENTARIO
Hora..... N° Reg.....
Nombre..... N°.....

Los Olivos, 19 de Octubre de 2023

CARTA INV.N°1486 - 2023/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sr.
VÍCTOR RAFAEL GONZÁLES PÉREZ

Director
Hospital Nacional Dos De Mayo, Parque Historia de la Medicina Peruana, S/N, Av. Miguel Grau 13, Lima.

Presente. -

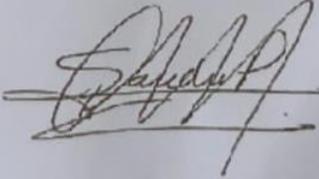
De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para la Srta. **ORTIZ HUAMÁN ISIDORA** con DNI N°45064041-VIMAILL BEDERMINDA HERRERA LÓPEZ con DNI N°70586063 estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula N° 7001249748- 7002276555 quien desea realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciado en Psicología titulado: "IMPULSIVIDAD E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO,2023" Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizara una investigación.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, sólo con fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar le los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,





Mgrt Sandra Patricia Céspedes Vargas
Machuca,
Jefe de la Escuela Profesional de Psicología
Filial Lima - Norte

Anexo 6. Carta de autorización del Hospital Nacional Dos de Mayo para el estudio piloto

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

CARTA DE APROBACIÓN: APLICACIÓN DE TEST PSICOLÓGICOS DE IMPULSIVIDAD E IDEACIÓN SUICIDA.

SEÑORES ALUMNOS DE
PSICOLOGÍA DE UCV

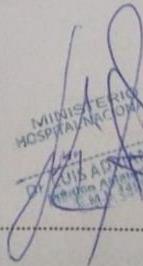
Estimada, ISIDORA ORTIZ HUAMÁN identificada con DNI: 45064041, VIMAILL BEDERMINDA HERRERA LÓPEZ con DNI N°70586063, estudiantes de la carrera de psicología, quienes desean realizar unas pruebas psicológicas para su trabajo de investigación para optar el título de licenciada en Psicología titulado: "IMPULSIVIDAD E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO".

Me es grato dirigirme a ustedes para expresarles mi cordial saludo y autorizar la realización de los test psicológicos de impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Por lo mencionado brindo las facilidades de autorización respectiva de la prueba piloto de su proyecto de investigación.

Lima, 31 de octubre del 2023.

Atentamente



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
DR. LUIS HUAMÁN TANTA
Médico Asesor de Neurocirugía
E. N. 3315

Autorizada

DR. LUIS HUAMÁN TANTA
MÉDICO NEUROCIRUJANO

Anexo 7. Carta de autorización del Hospital Nacional Dos de Mayo para la muestra final



« Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo »

CARTA N° 001 -2023-DG-HNDM,

Lima, 29 de diciembre 2023

Estudiante:
ISIDORA ORTIZ HUAMAN
Universidad César Vallejo
Facultad de Ciencias de la Salud
investigadora Principal – HNDM
Presente. -

ASUNTO : AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

REF : Solicitud S/N Registro N° 40788 Código N°S106

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle de acuerdo a la Nota Informativa **N°067-2023-OACDI-HNDM**; emitido por el área de investigación de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, existe viabilidad y se **AUTORIZA** la realización del estudio de investigación titulado:

"IMPULSIVIDAD E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2024"

El presente documento tiene aprobación del Comité de Ética en Investigación Biomédica de Nuestra Institución; según la [Evaluación N°143-2023-CEIB-HNDM], el cual entra en vigencia a partir del 14 de diciembre 2023 y expira el 13 de diciembre 2024.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previas a su vencimiento.

Sin otro particular, me suscribo de Usted.

Atentamente,

The image shows a handwritten signature in black ink over a circular official stamp. The stamp contains the text: 'VICEMINISTERIO DE SALUD', 'HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO', 'M.C. VICTOR RAEL GONZALEZ PEREZ', 'DIRECCIÓN GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL', and 'C.M.P. 27956 - R.N.E. 13077'.

CARTA N°0187-DACDI-HNDM-2023

VRGP/ERAH/Eva

comiteetica@hdosdemayo.gob.pe
areadoinvestigacion.hndm@gmail.com
mensaje@investigacionhdosdemayo.gob.pe
http://hdosdemayo.gob.pe/portal/
direcciongeneral@hdosdemayo.gob.pe



Parque "Historia de la Medicina Peruana"
sin alt. odv. 13 Av. Grau- Cercado de Lima



Anexo 8. Carta de solicitud de autorización de uso de los instrumentos remitido por la escuela de psicología dirigida a los autores



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA N° 1283-2024-UCV-VA-PSI/DE

Los Olivos 7 de mayo de 2024

Autores:

- PATTON, J.
- STANFORD, M.
- BARRATT, E.

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a los estudiantes. **ORTIZ HUAMÁN ISIDORA**, con DNI **45064041**, con código de matrícula N° **7001249748** y **HERRERA LÓPEZ VIMAILL BEDERMINDA**, con DNI **70586063**, con código de matrícula N° **7002276555** estudiantes del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; quienes realizarán su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología titulado: "**IMPULSIVIDAD E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2024**", este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento **ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRAT (BIS – 11)**, a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, sólo para fines académicos, y así prosiga con su investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Erika Roxana Estrada Alomia
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA N° 1284 -2024-UCV-VA-PSI/DE

Los Olivos 7 de mayo de 2024

Autores:

- BECK, A.
- KOVACS, M.
- WEISSMAN, A.

Presente-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a los estudiantes. **ORTIZ HUAMÁN ISIDORA**, con DNI **45064041**, con código de matrícula N° **7001249748** y **HERRERA LÓPEZ VIMAILL BEDERMINDA**, con DNI **70586063**, con código de matrícula N° **7002276555** estudiantes del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; quienes realizarán su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología titulado: "**IMPULSIVIDAD E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2024**", este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento **ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (ISB)**, a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, sólo para fines académicos, y así prosiga con su investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Erika Roxana Estrada Alomia
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

Anexo 9. Autorización de uso del instrumento por parte del autor original

Autorización de uso del instrumento Escala de Impulsividad de Barrat (BIS - 11)

 Gmail Vimaill Herrera <vimaill.20.19@gmail.com>

Solicitud de autorización
2 mensajes

Vimaill Herrera <vimaill.20.19@gmail.com> 7 de octubre de 2023, 10:34
Para: MStanford@hopeandhealingcenter.org

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11; traducido al castellano)
7/10/2023

Estimado Dr. Stanford

Soy Vimaill Herrera López, estudiante de x ciclo de la carrera de psicología, actualmente estoy realizando la elaboración de mi proyecto de investigación: "Impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo".

Tengo entendido que usted es titular de los derechos de autor de Escala de Impulsividad de Barratt BIS-11 <http://www.impulsivity.org/measurement/bis11/> y me gustaría solicitar su permiso, para utilizar como instrumento de una de mis variables de investigación (impulsividad), lo cual se aplicará a 150 pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional de Dos de Mayo. Mi fecha limite es el 10 del Pte. mes y año.

También le solicito que me comparta la ficha técnica y me informe si tiene alguna preferencia en cuanto a cómo debería mencionar su trabajo.

Gracias de antemano por considerar esta solicitud.

Atentamente;

Vimaill Herrera López
vimaill.20.19@gmail.com

Matt Stanford <mstanford@hhci.org> 9 de octubre de 2023, 7:29
Para: Vimaill Herrera <vimaill.20.19@gmail.com>

Vimaill,

You certainly have permission to use the BIS-11 in your research. I have attached several documents hat may be helpful to you.

Best Regards,

Matthew S. Stanford, Ph.D.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=16fa1718f1&view=pt&search=all&permthid=thread-ar-8054890873519366931&siml=msg-ar-4723483244...> 1/3

Evidencia de acceso al artículo y licencia de uso de la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)

APA.org APA Style APA Services Divisions About APA Events Membership **Join APA** Help MyAPA (Log Out) Cart(0)

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

SEARCH

TOPICS PUBLICATIONS & DATABASES RESEARCH & PRACTICE EDUCATION & CAREER NEWS & ADVOCACY

[MyAPA](#) // Purchases

Purchases

Orders in the Last 12 Months

NaN/NaN/NaN	Order total: 17,95 €	Order #20231211015110211	Print Receipt	Status: Fulfilled
Product Name			Price	Access Info
<ul style="list-style-type: none"> Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. Beck, Aaron T., Kovacs, Maria, Weissman, Arlene. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , Vol 47(2), Apr 1979, 343-352			17,95 €	Expired 1

Purchase Order Number#: 20231211015110211
 Order Date: Dec 11, 2023
 Order Total: \$17.95
 Order Status: Fulfilled
 APA Transaction Number:
 P20231211135110214
 Email: lsiorth10@gmail.com

PAYMENT METHOD:
 Visa | Last Digits *2930

BILLING ADDRESS:
 Isidora Ortiz Huaman
 Ub. Sto Domingo Calle Mc A1 L18
 Lima, Carabayillo lima 01
 PE
 Phone: (016) 058-4620

	Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. Beck, Aaron T., Kovacs, Maria, Weissman, Arlene <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , Vol 47(2), Apr 1979, 343-352 Quantity: 1	\$17.95
---	---	---------

Order Total: \$17.95

Have a question about your order?

Contact APA Customer Service

[Send Email](#)

English | Isidora Ortiz Huaman | Cart (1) | Help | Contact Us

APA PsycNet  AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

SEARCH ▾ BROWSE ▾ APA THESAURUS Recent Searches My List My PsycNet

Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation.

EXPORT Add To My List Request Permissions Database: APA PsycArticles Journal Article

[Beck, Aaron T.](#) [Kovacs, Maria](#) [Weissman, Arlene](#)

Citation
 Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>

Abstract
 Describes the rationale, development, and validation of the Scale for Suicide Ideation, a 19-item clinical research instrument designed to quantify and assess suicidal intention. In a sample with 90 hospitalized Ss, the scale was found to have high internal consistency and moderately high correlations with clinical ratings of suicidal risk and self-administered measures of self-harm. Furthermore, it was sensitive to changes in levels of depression and hopelessness (Beck Depression Inventory and Hopelessness Scale, respectively) over time. Its construct validity was supported by 2 studies by different investigators testing the relationship between hopelessness, depression, and suicidal ideation and by a study demonstrating a significant relationship between high level of suicidal ideation and "dichotomous" attitudes about life and related concepts on a semantic differential test. Factor analysis yielded 3 meaningful factors: Active Suicidal Desire, Specific Plans for Suicide, and Passive Suicidal Desire. (29 ref) (PsycINFO Database Record (c) 2016 APA, all rights reserved)

Journal of Consulting and Clinical Psychology
 Editor: Sol L. Garfield
 Current Editor: Pim Cuijpers
 Journal TOC

PDF
 Cited by 1704
 867 Views
 Citation statements

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.47.2.343>

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Apr 12, 2024

This Agreement between Mrs. Isidora Ortiz ("You") and American Psychological Association ("American Psychological Association") consists of your license details and the terms and conditions provided by American Psychological Association and Copyright Clearance Center.

License Number	5741710206046
License date	Mar 03, 2024
Licensed Content Publisher	American Psychological Association
Licensed Content Publication	Journal of Consulting and Clinical Psychology
Licensed Content Title	Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation.
Licensed copyright line	Copyright © 1979, American Psychological Association
Licensed Content Author	Beck, Aaron T.; Kovacs, Maria; Weissman, Arlene
Licensed Content Date	Apr 1, 1979
Licensed Content Volume	47
Licensed Content Issue	2
I would like to...	Thesis/Dissertation
Requestor type	Author of requested content
Format	Electronic
Portion	Measure, scale or instrument
Rights for	Main product
Duration of use	life of current edition
Creation of copies for the disabled	no
With minor editing privileges	no
In the following language(s)	Original language of publication
With incidental promotional use	no
The lifetime unit quantity of new product	0 to 499
Title of new work	Impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024
Institution name	Universidad Cesar Vallejo
Expected presentation date	Jul 2024
Order reference number	20231211015110211
Portions	Table 2, Table 4
Requestor Location	Mrs. Isidora Ortiz Calle 10 Mz.A1 lote 8 urb Santo Domingo
	Lima, Lima lima 01 Peru Attn: Huaman
Customer VAT ID	PE18
Total	0.00 USD
Terms and Conditions	

My Orders > Orders > All Orders

My Orders

Orders Billing History Payable Invoices

SEARCH

Order Number:

 Date Range: From To

View:
 All
 Saved Quotes
 Response Required
 Pending
 Completed
 Canceled
 Denied
 Credited

Results: 1-1 of 1

Date	Article Title	Publication	Type Of Use	Price	Status	Expiration Date	Order Number
3-Mar-2024	Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation.	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Thesis/Dissertation	0.00 \$	Completed		5741710206046

12/4/24, 15:22

RightsLink - Your Account

**RightsLink Plus Terms and Conditions
American Psychological Association**

The publisher for this copyrighted material is the American Psychological Association ("APA"). By clicking "accept" in connection with completing this licensing transaction, you agree that the following terms and conditions apply to this transaction (along with the Billing and Payment terms and conditions established by the Copyright Clearance Center, Inc. ("CCC") at the time that you opened your CCC account.

APA hereby grants you a non-exclusive license to use this material, subject to the conditions below.

1. Limited License.

Licenses are for one-time use only with a maximum distribution equal to the number that you identified in the licensing process; any form of republication must be completed with 12 months from the date hereof (although copies prepared before then may be distributed thereafter); and any electronic posting is limited to a period of 12 months.

Anexo 10. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo,2024.

INVESTIGADORES (as): Ortiz Huamán Isidora y Herrera López Vimai Bederminda.

Propósito del estudio

Propósito del estudio le invitamos a participar en la investigación titulada “violencia”, cuyo objetivo es determinar la relación entre la impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos De Mayo,2024”.Esta investigación es desarrollada por estudiantes de la carrera profesional de PSICOLOGÍA, de la Universidad César Vallejo del campus Lima Norte , aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la institución, el impacto del problema de la investigación. Determinar la relación entre impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo,2024”.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación titulada: “Impulsividad e ideación suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Dos De Mayo”.
2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 10 minutos y se realizará en el Hospital Nacional Dos de Mayo, las respuestas al cuestionario o guía de entrevista serán codificadas usando edad y sexo, por lo tanto, serán anónimas.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con las investigadoras, Ortiz Huamán Isidora -Herrera López Vimai Bederminda: iortizh@ucvvirtual.edu.pe-vherrera@ucvvirtual.edu.pe y Docente asesor Dr. Castro García Julio Cesar, email: jccastroga@ucvvirtual.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

Fecha:

Anexo 11. Resultados de piloto

Tabla 10

Índices de bondad de ajuste de BIS – 11

Muestra piloto = 110	Ajuste absoluto			Ajuste incremental	
	x ² /gl	RMSEA	SRMR	CFI	TLI
Modelo 3 factores original	1.32	0.054	0.105	0.820	0.805
Modelo de 3 factores alternativo (10 [~] ~12)	1.21	0.044	0.075	0.919	0.901
Valores aceptables (Escobedo et al., 2016)	≤ 3.00	≤ .08	≤ .08	> .90	> .90

Los índices de bondad de ajuste en el modelo original mostraron un $x^2/gl = 1.32$; CFI=.82; TLI= .81; RMSEA= .05 y SRMR= .11; no obstante, ya que los valores no fueron aceptables, se elaboró un modelo alternativo, obtenido después de eliminar algunos ítems y considerando solo los ítems con una carga factorial en el IHC mayor a 0.30, quedando la siguiente estructura: solo los ítems 9 y 11 para la primera dimensión (IC), los ítems 16, 17, 19, 21 y 23 para la segunda dimensión (IM), y con respecto a la tercera dimensión (INP) quedaron los ítems 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15 y 18, asimismo se realizó la covarianza de los ítems 10[~]~12 con lo cual se obtuvo los siguientes índice de ajuste de bondad: $x^2/gl = 1.21$; CFI = .919; TLI = .901; RMSEA = .044; SRMR = .075.

Figura 1

Modelo de 3 factores original de BIS - 11

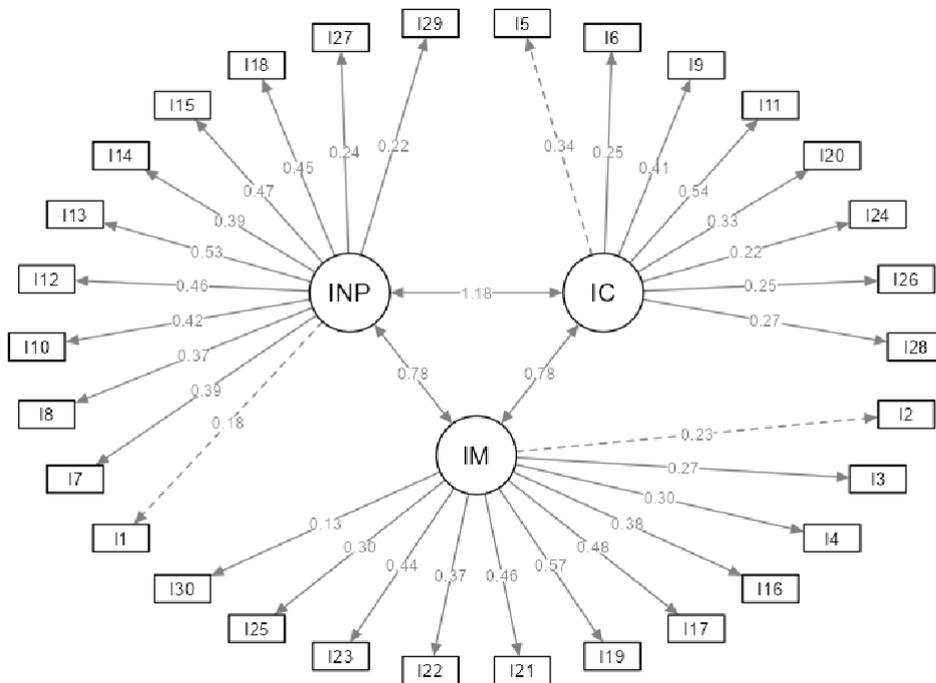


Figura 2

Modelo de 3 factores alternativo con covarianzas de los ítems 10 y 12

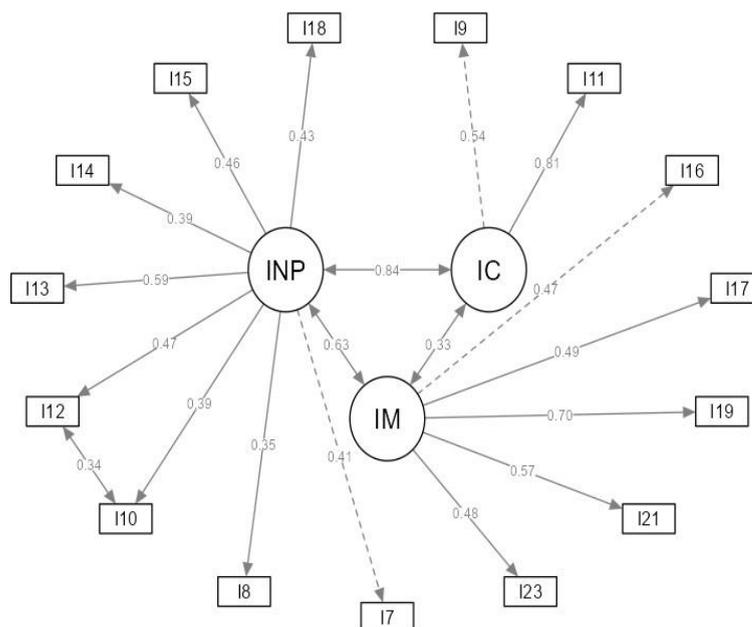


Tabla 11*Índices de bondad de ajuste de ISB*

Muestra piloto = 110	Ajuste absoluto			Ajuste incremental	
	x ² /gl	RMSEA	SRMR	CFI	TLI
Modelo original de 4 factores	1.07	.025	.086	.959	.952
Modelo alternativo de 4 factores (IS1~~IS2; IS3~~IS5; IS7~~IS11; IS17~~IS19)	1.01	.010	.080	.994	.992
Valores aceptables (Escobedo et al., 2016)	≤ 3.00	≤ .08	≤ .08	> .90	> .90

Los índices de bondad de ajuste en el modelo original mostraron un $x^2/gf = 1.07$; $CFI = .959$; $TLI = .952$; $RMSEA = .025$ y $SRMR = .086$; aunque estos valores eran mayoritariamente aceptables, se desarrolló un modelo alternativo compuesto por 4 factores y correlaciones adicionales entre algunos ítems (IS1~~IS2, IS3~~IS5, IS7~~IS11, IS17~~IS19). Este modelo alternativo obtuvo índices de ajuste de $x^2/gf = 1.01$; $CFI = .994$; $TLI = .992$; $RMSEA = .010$ y $SRMR = .080$, mostrando así un ajuste superior y valores adecuados en todas las métricas consideradas (Escobedo et al., 2016).

Figura 3

Modelo original de 4 factores de ISB

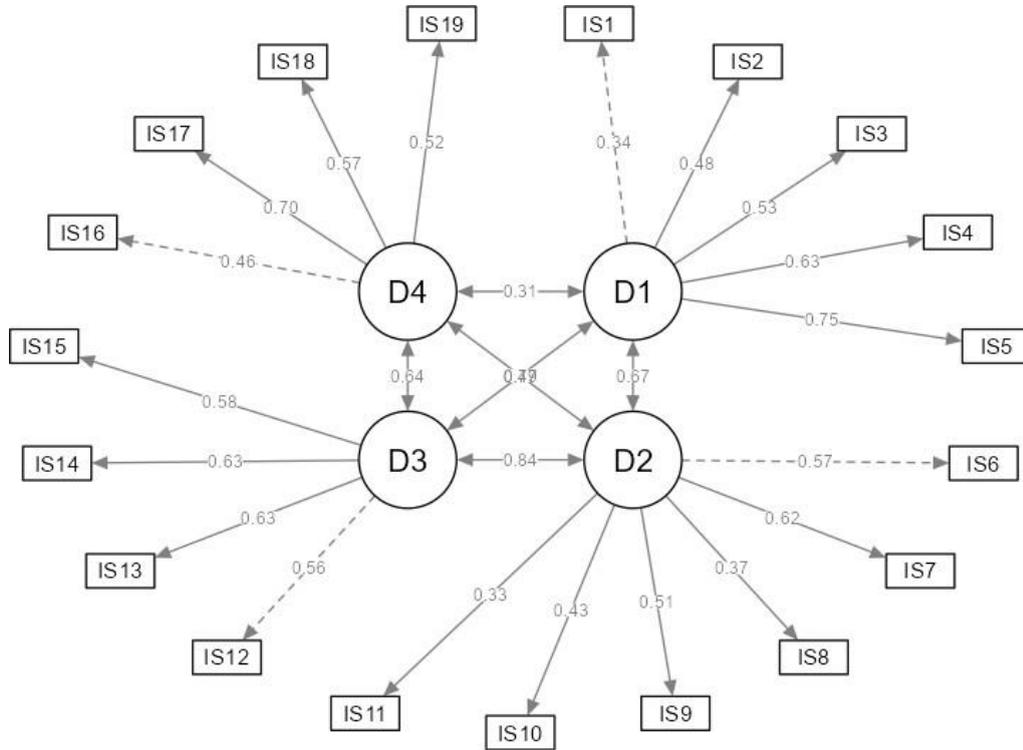


Figura 4

Modelo alternativo de 4 factores covariando ítems de ISB

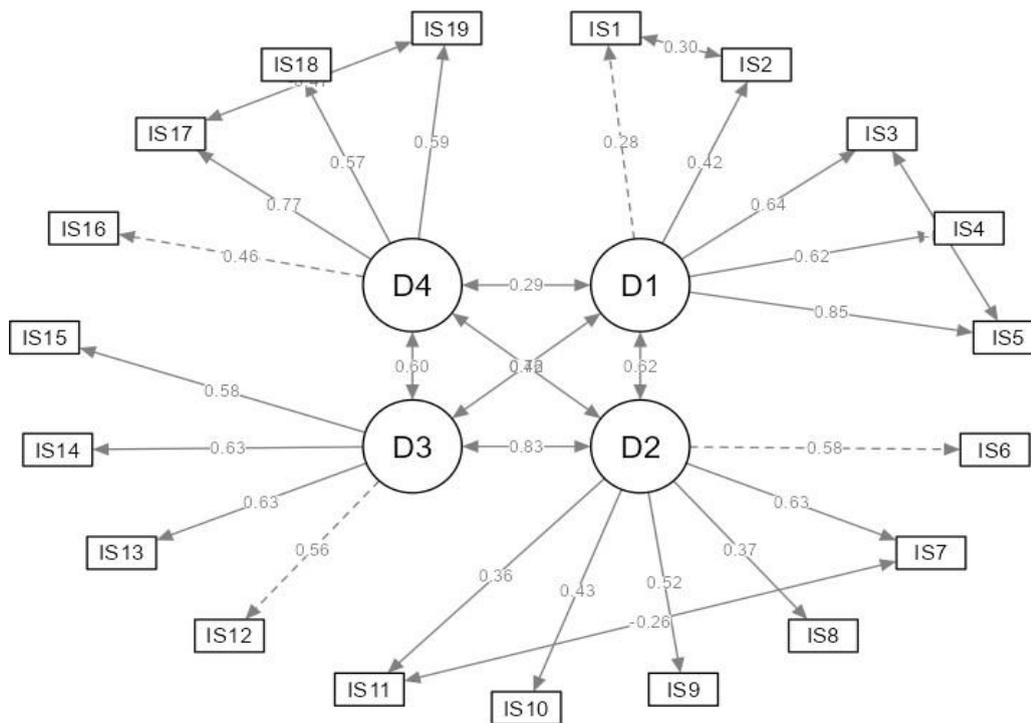


Tabla 12

Análisis estadísticos de los ítems de BIS – 11

Dimensión	Ítem	FR				M	DE	g1	g2	IHC	h2
		1	2	3	4						
Impulsividad Cognitiva	5	10.00	45.50	35.50	9.10	2.44	0.80	0.16	-0.37	0.20	0.89
	6	9.10	58.20	25.50	7.30	2.31	0.74	0.55	0.23	0.15	0.93
	9	6.40	52.70	34.50	6.40	2.41	0.71	0.33	-0.04	0.36	0.53
	11	10.90	55.50	26.40	7.30	2.30	0.76	0.45	0.06	0.41	0.57
	20	9.10	46.40	33.60	10.90	2.46	0.81	0.23	-0.41	0.18	0.94
	24	13.60	41.80	32.70	11.80	2.43	0.87	0.14	-0.62	0.12	0.99
	26	5.50	40.00	34.50	20.00	2.69	0.85	0.10	-0.82	0.13	0.98
	28	6.40	32.70	39.10	21.80	2.76	0.87	-0.12	-0.74	0.13	0.98
Impulsividad Motora	2	4.50	51.80	32.70	10.90	2.50	0.75	0.46	-0.29	0.15	0.44
	3	6.40	46.40	39.10	8.20	2.49	0.74	0.17	-0.25	0.13	0.64
	4	14.50	54.50	26.40	4.50	2.21	0.74	0.32	0.00	0.23	0.82
	16	13.60	39.10	34.50	12.70	2.46	0.89	0.07	-0.68	0.18	0.70
	17	6.40	34.50	40.00	19.10	2.72	0.85	-0.07	-0.68	0.43	0.67
	19	6.40	48.20	36.40	9.10	2.48	0.75	0.26	-0.26	0.44	0.56
	21	10.90	47.30	29.10	12.70	2.44	0.85	0.29	-0.51	0.38	0.60
	22	7.30	42.70	29.10	20.90	2.64	0.90	0.17	-0.90	0.23	0.85
	23	2.70	33.60	50.00	13.60	2.75	0.72	-0.02	-0.35	0.38	0.70
	25	6.40	40.00	37.30	16.40	2.64	0.83	0.09	-0.65	0.25	0.73
30	4.50	23.60	38.20	33.60	3.01	0.87	-0.44	-0.67	0.10	0.76	
Impulsividad no planeada	1	3.60	61.80	24.50	10.00	2.41	0.72	0.85	0.20	0.14	0.96
	7	9.10	49.10	37.30	4.50	2.37	0.72	0.08	-0.19	0.30	0.88
	8	10.00	55.50	26.40	8.20	2.33	0.77	0.48	0.02	0.30	0.84
	10	11.80	42.70	37.30	8.20	2.42	0.81	0.06	-0.44	0.37	0.54
	12	11.80	41.80	35.50	10.90	2.45	0.84	0.10	-0.54	0.40	0.60
	13	20.00	48.20	20.90	10.90	2.23	0.90	0.47	-0.41	0.41	0.56
	14	4.50	39.10	40.90	15.50	2.67	0.79	0.09	-0.58	0.33	0.80
	15	8.20	41.80	26.40	23.60	2.65	0.93	0.12	-1.02	0.38	0.76
	18	10.90	43.60	34.50	10.90	2.45	0.83	0.15	-0.49	0.30	0.83
	27	5.50	33.60	35.50	25.50	2.81	0.88	-0.10	-0.91	0.14	0.96
29	7.30	38.20	33.60	20.90	2.68	0.89	0.03	-0.85	0.15	0.77	

Nota. M= media; DE= Desviación estándar; g1= Asimetría; g2= Curtosis; IHC= Índice de homogeneidad corregida; h2= Comunalidades

El análisis estadístico de los ítems indicó valores de asimetría y curtosis dentro de los parámetros +/- 1.5, considerándose estimaciones aceptables (Pérez y Medrano, 2010). En cuanto al índice de homogeneidad corregida (IHC), solo los ítems 9 y 11 del factor Impulsividad Cognitiva; los ítems 17, 19, 21 y 23 en el factor Impulsividad Motora; y los ítems 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15 y 18 en el factor Impulsividad no Planeada obtuvieron valores aceptables superiores a 0.30 (Kline, 1995; Likert, 1932). Estos valores bajos de IHC demuestran una menor correlación de estos ítems con el factor que los agrupa, sugiriendo que pueden no estar midiendo de forma efectiva el constructo. Para culminar el análisis de ítems, se evidenció que los puntajes de comunalidades varían entre 0.44 y 0.99, lo que indica que la varianza explicada por los factores subyacentes es adecuada (Lloret et al., 2014).

Tabla 13*Análisis estadísticos de los ítems de ISB*

Dimensión	Ítem	FR			M	DE	g1	g2	IHC	h2
		0	1	2						
Características de actitudes hacia la vida y la muerte	IS1	12.70	68.20	19.10	1.06	0.56	0.02	0.20	0.44	0.47
	IS2	4.50	76.40	19.10	1.15	0.47	0.49	0.99	0.44	0.48
	IS3	2.70	81.80	15.50	1.13	0.41	0.93	2.03	0.40	0.67
	IS4	0.90	80.90	18.20	1.17	0.40	1.32	1.08	0.53	0.39
	IS5	1.80	70.00	28.20	1.26	0.48	0.58	-0.47	0.43	0.36
Características de los pensamientos y deseos de suicidarse	IS6	4.50	72.70	22.70	1.18	0.49	0.39	0.40	0.44	0.67
	IS7	2.70	70.90	26.40	1.24	0.49	0.50	-0.14	0.38	0.75
	IS8	7.30	69.10	23.60	1.16	0.53	0.14	0.19	0.34	0.83
	IS9	0.90	73.60	25.50	1.25	0.45	0.89	-0.38	0.42	0.69
	IS10	1.80	78.20	20.00	1.18	0.43	0.95	0.76	0.40	0.72
	IS11	2.70	79.10	18.20	1.15	0.43	0.83	1.24	0.23	0.92
Características del intento suicida	IS12	0.90	82.70	16.40	1.15	0.39	1.45	1.65	0.50	0.61
	IS13	0.00	70.90	29.10	1.29	0.46	0.93	-1.15	0.47	0.63
	IS14	0.90	79.10	20.00	1.19	0.42	1.20	0.61	0.56	0.46
	IS15	0.90	79.10	20.00	1.19	0.42	1.20	0.61	0.37	0.80
Actualización del intento suicida	IS16	5.50	73.60	20.90	1.15	0.49	0.34	0.63	0.43	0.73
	IS17	3.60	71.80	24.50	1.21	0.49	0.44	0.15	0.51	0.52
	IS18	5.50	70.00	24.50	1.19	0.52	0.25	0.17	0.51	0.46
	IS19	0.90	72.70	26.40	1.25	0.46	0.85	-0.49	0.25	0.92

Nota. M= media; DE= Desviación estándar; g1= Asimetría; g2=Curtosis; IHC= Índice de homogeneidad corregida; h2=Comunalidades

El análisis estadístico de los ítems indicó valores de asimetría y curtosis dentro de los parámetros +/- 1.5, considerándose estimaciones aceptables, exceptuando los ítems 3 y 12, que presentan valores por encima de lo mencionado (Pérez y Medrano, 2010). En cuanto al índice de homogeneidad corregida (IHC), los ítems 11 y 19 mostraron valores menores a 0.30, con puntajes de 0.23 y 0.25 respectivamente, lo cual sugiere una menor consistencia interna en estos ítems. Los demás ítems presentaron valores de IHC que oscilaron entre 0.34 y 0.56, encontrándose dentro de lo aceptable (Kline, 1995; Likert, 1932). Para culminar el análisis de ítems, se evidenció que los puntajes de comunalidades varían entre 0.36 y 0.92, lo que indica que la varianza explicada por los factores subyacentes es adecuada (Lloret et al., 2014).

Tabla 14*Confiabilidad de la BIS – 11 y dimensiones*

Variables	α de Cronbach	ω de McDonald	N° de ítems
Impulsividad	0.81	0.81	30
Impulsividad Cognitiva	0.46	0.50	8
Impulsividad Motora	0.59	0.62	11
Impulsividad no planeada	0.64	0.65	11

La fiabilidad se examinó por medio de los coeficientes ω McDonald's y α Cronbach, en la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS – 11) se obtuvo $\omega = 0.81$ y $\alpha = 0.81$. Estos valores, indican un valor aceptable de confiabilidad ya que los valores de ambos coeficientes superan al .70 (Campo y Oviedo, 2008; Carvajal et. al ,2011; Caycho y Ventura, 2017). Sin embargo, los valores de alfa y omega de las dimensiones de impulsividad, indicaron valores cuestionables, lo cual indicaría una inconsistencia en la estructura original, donde los ítems agrupados para cada dimensión no contribuyen de manera efectiva.

Tabla 15*Confiabilidad de la ISB y dimensiones*

Variables	α de Cronbach	ω de McDonald	N° de ítems
Ideación Suicida	0.82	0.83	19
Características de sus actitudes hacia la vida y la muerte	0.69	0.70	5
Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse	0.64	0.64	6
Características del intento suicida	0.69	0.70	4
Actualización del intento suicida	0.64	0.66	4

La fiabilidad se examinó por medio de los coeficientes ω McDonald's y α Cronbach,

en la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) se obtuvo $\omega = 0.83$ y $\alpha = 0.82$. Estos valores, indican un valor aceptable de confiabilidad ya que los valores de ambos coeficientes superan al .70 (Campo y Oviedo, 2008; Carvajal et. al ,2011). No obstante, solo las dimensiones: Características de sus actitudes hacia la vida y la muerte (D1), Características del intento suicida (D3) y Actualización del intento suicida (D4) de la escala cuenta con un ω de McDonald por encima del 0.65, lo cual indica un valor aceptable, dejando a la dimensión Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse(D2) con un valor de ω de McDonald = .64, indicando una confiabilidad cuestionable (Katz, 2006).

Tabla 16*Evidencia de validez de contenido BIS 11*

	Juez 1			Juez 2			Juez 3			Juez 4			Juez 5			Acierto	V de Aiken	Aceptable
	CH	R	C															
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI

Nota. No está de acuerdo =0, si está de acuerdo=1; CH = Coherencia R=Relevancia, C=Claridad

En la tabla se evidencia que los cinco jueces expertos consultados coincidieron en declarar su acuerdo con respecto a los ítems que comprenden la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS - 11), el cual alcanzó el coeficiente V de Aiken superior a 0.80. lo cual indica que el instrumento cuenta con una adecuada validez de contenido (Robles, 2018; Escurra, 1988).

Tabla 17*Evidencia de validez de contenido ISB*

Ítem	Juez 1			Juez 2			Juez 3			Juez 4			Juez 5			Acierto	V de Aiken	Aceptable
	CH	R	C															
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	SI

Nota. No está de acuerdo =0, si está de acuerdo=1; CH = Coherencia R=Relevancia, C=Claridad

En la tabla se evidencia que los cinco jueces expertos consultados coincidieron en declarar su acuerdo con respecto a los ítems que comprenden la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), el cual alcanzó el coeficiente V de Aiken superior a 0.80. lo cual indica que el instrumento cuenta con una adecuada validez de contenido. (Robles, 2018; Ecurra, 1988).

Anexo 12. Escaneo de criterio de los jueces

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	GREGORIO ERNESTO TOMAS QUISPE	
Grado profesional:	Maestría ()	Doctor <input checked="" type="checkbox"/>
Área de formación académica:	Clinica <input checked="" type="checkbox"/>	Social <input checked="" type="checkbox"/>
	Educativa ()	Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	CLINICA - FORENSE	
Institución donde labora:	UCV	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años <input checked="" type="checkbox"/>
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.	

2. Propósito de la evaluación:
Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)
Autores:	Beck et al. (1979), adaptada y traducida al contexto latinoamericano por González et al. (2000)
Procedencia:	México
Administración:	Colectivo, individual y/o digitalizado
Tiempo de aplicación:	Aproximadamente 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Clinico y educativo
Significación:	Este instrumento está compuesto por 19 ítems, compuesta por cuatro sub escalas: Actitudes hacia la vida y la muerte; Pensamientos y deseos suicidas; características del intento suicida y actualización del intento suicida, donde el primero está compuesto por 5 ítems, el segundo tiene 6 ítems y tanto el tercero como el cuarto tiene 4 ítems, todos los ítems se miden de forma directa. Este instrumento tiene como finalidad evaluar la intensidad de los pensamientos suicidas y otros factores relevantes

4. Soporte teórico

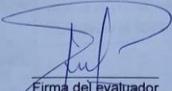
 INVESTIGA UCV

1

Responsibilidad/oportunidad de pensar el intento	4	4	4	
114: Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	4	4	4	
115: Expectativa/anticipación de un intento real.	4	4	4	

Cuarta dimensión: Actualización del intento suicida
Objetivos de la Dimensión: Evaluar la implicación de autolesiones y frecuencia de las acciones e intentos suicidas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Implicación de autolesiones y frecuencia de las acciones	116: Preparación real.	4	4	4	
	117: Nota Suicida.	4	4	4	
	118: Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).	4	4	4	
	119: Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.	4	4	4	


 Firma del evaluador
 GREGORIO ERNESTO TOMAS QUISPE
 PSICOTERAPEUTA
 C.Ps.P. 7249

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:
Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGarland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hyrkás et al. (2003) manifiestan que 10 expertos brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkás et al. (2003).
Ver: <https://www.revistasespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.

 INVESTIGA UCV

5

1. **Datos generales del juez**

Nombre del juez:	GREGORIO ERNESTO TOMAS OLIVAS	
Grado profesional:	Maestría ()	Doctor (X)
Área de formación académica:	Clinica (X)	Social (X)
	Educativa ()	Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	CLINICA - FORENSE	
Institución donde labora:	UCV	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años (X)
Experiencia en Investigación Psimétrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.	

2. **Propósito de la evaluación:**

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. **Datos de la escala**

Nombre de la Prueba:	Escala de impulsividad de Barrat - BIS 11
Autor:	Barrat (1959), diseñado por Patton et al.(1995) adaptada al español por Oquendo et al. (2001) y validada en el contexto chileno por Salvo y Castro (2013)
Procedencia:	EE.UU
Administración:	Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación:	15 minutos
Ámbito de aplicación:	Educativo y clínico
Significación:	El BIS-11 cuenta con tres dimensiones o sub escalas: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora e Impulsividad no planeada.


Firma del evaluador

GREGORIO ERNESTO TOMAS OLIVAS
PSICOTERAPEUTA
C.P.R. 7249

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hyrkás et al. (2003) manifiestan que 10 expertos brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkás et al. (2003).

Ver : <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.rtf> entre otra bibliografía.

1. **Datos generales del juez**

Nombre del juez:	Flor de María Ruiz Valencia		
Grado profesional:	Maestría (X)	Doctor ()	
Área de formación académica:	Clinica (X)	Social ()	
	Educativa (X)	Organizacional ()	
Áreas de experiencia profesional:	Clínica Educativa		
Institución donde labora:	Universidad Cesar Vallejo Sac.		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años (X)	
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.		

2. **Propósito de la evaluación:**

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. **Datos de la escala**

Nombre de la Prueba:	Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)
Autores:	Beck et al. (1979), adaptada y traducida al contexto latinoamericano por González et al. (2000)
Procedencia:	México
Administración:	Colectivo, individual y/o digitalizado
Tiempo de aplicación:	Aproximadamente 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Clínico y educativo
Significación:	Este instrumento está compuesto por 19 ítems, compuesta por cuatro sub escalas: Actitudes hacia la vida y la muerte; Pensamientos y deseos suicidas; características del intento suicida y actualización del intento suicida, donde el primero está compuesto por 5 ítems, el segundo tiene 6 ítems y tanto el tercero como el cuarto tiene 4 ítems, todos los ítems se miden de forma directa. Este instrumento tiene como finalidad evaluar la intensidad de los pensamientos suicidas y otros factores relevantes

4. **Soporte teórico**

I13: Método: Disponibilidad/ oportunidad de pensar el intento	4	4	4	
I14: Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	4	4	4	
I15: Expectativa/ anticipación de un intento real.	4	4	4	

• Cuarta dimensión: Actualización del intento suicida

• Objetivos de la Dimensión: Evaluar la implicación de autolesiones y frecuencia de las acciones e intentos suicidas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Implicación de autolesiones y frecuencia de las acciones	I16: Preparación real.	4	4	4	
	I17: Nota Suicida.	4	4	4	
	I18: Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).	4	4	4	
	I19: Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.	4	4	4	


Mg. Flor de María Ruiz Valencia
Psicóloga
Orientadora en Serenificación Humana
P. p. 1451

Firma del evaluador

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hyrkás et al. (2003) manifiestan que 10 expertos brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkás et al. (2003).

Ver: <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.

1. **Datos generales del juez**

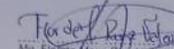
Nombre del juez:	Flor de María Ruiz Valencia	
Grado profesional:	Maestría (X)	Doctor ()
Área de formación académica:	Clinica (X)	Social ()
	Educativa (X)	Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Clinica Educativa	
Institución donde labora:	Universidad Cesar Vallejo S.A.C.	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	
	Más de 5 años (X)	
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.	

2. **Propósito de la evaluación:**

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. **Datos de la escala**

Nombre de la Prueba:	Escala de impulsividad de Barratt – BIS 11
Autor:	Barrat (1959), diseñado por Patton et al.(1995) adaptada al español por Oquendo et al. (2001) y validada en el contexto chileno por Salvo y Castro (2013)
Procedencia:	EE.UU
Administración:	Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación:	15 minutos
Ámbito de aplicación:	Educativo y clínico
Significación:	El BIS-11 cuenta con tres dimensiones o sub escalas: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora e Impulsividad no planeada.


Mg. Flor de María Ruiz Valencia
Psicóloga
Orientadora en Sexualidad Humana
C. P. P. 3351

Firma del
evaluador

PA: el presente formato debe tomar en cuenta:
Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Goble y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGilland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hyrkás et al. (2003) manifiestan que 10 expertos brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkás et al. (2003)).
Ver : <https://www.repositorioespacios.com/cta20017/cite62017-23.pdf> entre otra bibliografía.

1. **Datos generales del juez**

Nombre del juez:	NARREA IBARRA, VANESA		
Grado profesional:	Maestría (<input checked="" type="checkbox"/>)	Doctor ()	
Área de formación académica:	Clinica (<input checked="" type="checkbox"/>)	Social ()	
	Educativa ()	Organizacional ()	
Áreas de experiencia profesional:	CLÍNICA PSICOTERAPIA GESTALT, T. FAMILIAR		
Institución donde labora:	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años (<input checked="" type="checkbox"/>)	
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.		

2. **Propósito de la evaluación:**

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. **Datos de la escala**

Nombre de la Prueba:	Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)
Autores:	Beck et al. (1979), adaptada y traducida al contexto latinoamericano por González et al. (2000)
Procedencia:	México
Administración:	Colectivo, individual y/o digitalizado
Tiempo de aplicación:	Aproximadamente 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Clinico y educativo
Significación:	Este instrumento está compuesto por 19 ítems, compuesta por cuatro sub escalas: Actitudes hacia la vida y la muerte; Pensamientos y deseos suicidas; características del intento suicida y actualización del intento suicida, donde el primero está compuesto por 5 ítems, el segundo tiene 6 ítems y tanto el tercero como el cuarto tiene 4 ítems, todos los ítems se miden de forma directa. Este instrumento tiene como finalidad evaluar la intensidad de los pensamientos suicidas y otros factores relevantes

4. **Soporte teórico**

	13: Método: Disponibilidad/ oportunidad de pensar el intento	4	4	4	1
	14: Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	4	4	4	1
	15: Expectativa/ anticipación de un intento real.	4	4	4	1

- Cuarta dimensión: Actualización del intento suicida
- Objetivos de la Dimensión: Evaluar la implicación de autolesiones y frecuencia de las acciones e intentos suicidas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Implicación de autolesiones y frecuencia de las acciones	6: Preparación real.	4	4	4	1
	17: Nota Suicida.	4	4	4	1
	18: Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).	4	4	4	1
	19: Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.	4	4	4	1

HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
SERVICIO DE SALUD MENTAL - CUSCO
VANESA NARREA IBARRA
Firma del evaluador

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hyrkás et al. (2003) manifiestan que 10 expertos brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkás et al. (2003).

Ver: <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Escala de impulsividad de Barratt – BIS 11". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	NAROSA LARRA, VANESA.	
Grado profesional:	Maestría (X)	Doctor ()
Área de formación académica:	Clinica (X)	Social ()
	Educativa ()	Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:		
Institución donde labora:		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	
	Más de 5 años (X)	
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.	

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Escala de impulsividad de Barratt – BIS 11
Autor:	Patton et al.(1995) adaptada al español por Oquendo et al. (2001) y validada en el contexto chileno por Salvo y Castro (2013)
Procedencia:	EE.UU
Administración:	Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación:	15 minutos
Ámbito de aplicación:	Educativo y clínico
Significación:	El BIS-11 cuenta con tres dimensiones o subescalas: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora e Impulsividad no planeada.

HOSPITAL MARIBEL
MAYO
VANESA LARRA BARRA

Firma del
evaluador

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hyrkás et al. (2003) manifiestan que 10 expertos brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkás et al. (2003).

Ver : <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.

1. **Datos generales del juez**

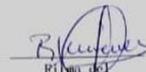
Nombre del juez:	RICARDO JIMÉNEZ NORIEGA	
Grado profesional:	Maestría ()	Doctor (X)
Área de formación académica:	Clinica (X)	Social ()
	Educativa ()	Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Clínica	
Institución donde labora:	UCV	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	
	Más de 5 años (X)	
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.	

2. **Propósito de la evaluación:**

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. **Datos de la escala**

Nombre de la Prueba:	Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)
Autores:	Beck et al. (1979), adaptada y traducida al contexto latinoamericano por González et al. (2000)
Procedencia:	México
Administración:	Colectivo, individual y/o digitalizado
Tiempo de aplicación:	Aproximadamente 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Clinico y educativo
Significación:	Este instrumento está compuesto por 19 ítems, compuesta por cuatro sub escalas: Actitudes hacia la vida y la muerte; Pensamientos y deseos suicidas; características del intento suicida y actualización del intento suicida, donde el primero está compuesto por 5 ítems, el segundo tiene 6 ítems y tanto el tercero como el cuarto tiene 4 ítems, todos los ítems se miden de forma directa. Este instrumento tiene como finalidad evaluar la intensidad de los pensamientos suicidas y otros factores relevantes


Ricardo E. Jiménez Noriega
evaluador
RICARDO E. JIMÉNEZ NORIEGA
PSICÓLOGO
C.P.P. 12094

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:
Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hyrkás et al. (2003) manifiestan que 10 expertos brindaron una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkás et al. (2003).
Ver : <https://www.revistasapacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.

1. **Datos generales del juez**

Nombre del juez:	Ricardo Jiménez Noriega	
Grado profesional:	Maestría ()	Doctor (X)
Área de formación académica:	Clinica ()	Social ()
	Educativa ()	Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	clínica	
Institución donde labora:	UCV	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años (X)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.	

2. **Propósito de la evaluación:**

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. **Datos de la escala**

Nombre de la Prueba:	Escala de impulsividad de Barratt - BIS 11
Autor:	Barrat (1959), diseñado por Patton et al. (1995) adaptada al español por Oquendo et al. (2001) y validada en el contexto chileno por Salvo y Castro (2013)
Procedencia:	EE. UU
Administración:	Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación:	15 minutos
Ámbito de aplicación:	Educativo y clínico
Significación:	El BIS-11 cuenta con tres dimensiones o sub escalas: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora e Impulsividad no planeada.

oportunidad de pensar el intento.	4	4	4	
113: Método Disponibilidad/ oportunidad de pensar el intento	4	4	4	
114: Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	4	4	4	
115: Expectativa/ anticipación de un intento real.	4	4	4	

Cuarta dimensión: Actualización del intento suicida

Objetivos de la Dimensión: Evaluar la implicación de autolesiones y frecuencia de las acciones e intentos suicidas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Implicación de autolesiones y frecuencia de las acciones	16: Preparación real.	4	4	4	
	117: Nota Suicida.	4	4	4	
	118: Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).	4	4	4	
	119: Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.	4	4	4	


Firma del evaluador **RICARDO E. JIMÉNEZ NORIEGA**
PSICÓLOGO
C.P.P 12994

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que 10

1. **Datos generales del juez**

Nombre del juez:	José Luis Pérez Quintana		
Grado profesional:	Maestría ()	Doctor	X
Área de formación académica:	Clinica ()	Social	()
	Educativa	X	Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Psicología		
Institución donde labora:			
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años	X
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado JURON de SOTOST		

2. **Propósito de la evaluación:**

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. **Datos de la escala**

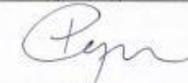
Nombre de la Prueba:	Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)
Autores:	Beck et al. (1979), adaptada y traducida al contexto latinoamericano por González et al. (2000)
Procedencia:	México
Administración:	Colectivo, individual y/o digitalizado
Tiempo de aplicación:	Aproximadamente 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Clinico y educativo
Significación:	Este instrumento está compuesto por 19 ítems, compuesta por cuatro sub escalas: Actitudes hacia la vida y la muerte, Pensamientos y deseos suicidas; características del intento suicida y actualización del intento suicida, donde el primero está compuesto por 5 ítems, el segundo tiene 6 ítems y tanto el tercero como el cuarto tiene 4 ítems, todos los ítems se miden de forma directa. Este instrumento tiene como finalidad evaluar la intensidad de los pensamientos suicidas y otros factores relevantes.

4. **Soporte teórico**

	I13: Método: Disponibilidad/ oportunidad de pensar el intento	4	4	4	
	I14: Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	4	4	4	
	I15: Expectativa/ anticipación de un intento real	4	4	4	

- Cuarta dimensión Actualización del intento suicida
- Objetivos de la Dimensión: Evaluar la implicación de autolesiones y frecuencia de las acciones e intentos suicidas

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Implicación de autolesiones y frecuencia de las acciones	I6: Preparación real.	4	4	4	
	I17: Nota Suicida	4	4	4	
	I18: Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).	4	4	4	
	I19: Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.	4	4	4	




Firma del evaluador
Psicólogo Colegado
CPSP 4539

Pd. el presente formato debe tomar en cuenta
Williams y Webb (1994) así como Powell (2001), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experiencia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Girard y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hykás et al. (2003) manifiestan que 10 expertos brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Luukkainen, 1995; citados en Hykás et al. 2003).
Ver: <https://www.investigacion.com/doi/10.17111/2017.23.pdf> entre otra bibliografía.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez	JOSE Luis PEREYRA Quiñones	
Grado profesional	Maestría ()	Doctor (X)
Área de formación académica	Ciencias ()	Social ()
	Educativa (X)	Organizativa ()
Áreas de experiencia profesional	Psicométrica	
Institución donde labora	UCV - Neolasi	
Tiempo de experiencia profesional en el área	2 a 4 años ()	Más de 5 años (X)
Experiencia en Investigación Psicométrica (si corresponde)	Trabajo de psicométrica realizado título del estudio de maestría Autor de 50 tests	

2. Propósito de la evaluación.

Validar el contenido del instrumento por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba	Escala de Impulsividad de Barrat - BIS 11
Autor	Barrat (1999), diseñado por Patton et al (1996) adaptada al español por Ojeda et al. (2001) y validada en el contexto chileno por Salvo y Castro (2013)
Procedencia	EE UU
Administración	Individual y colectiva
Tiempo de aplicación	15 minutos
Ámbito de aplicación	Educativo y clínico
Significación	El BIS 11 cuenta con tres dimensiones o sub-escalas: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora e Impulsividad no planeada



Jose Luis Pereyra Quiñones
Psicólogo Colegiado
CIPSP-4539
Firma del
evaluador

78. el presente formato debe tomar en cuenta

Williams y Webb (1994) así como Powell (2005), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de expertise y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1990), Geor y Davis (1997), y Linn (1986) citados en Murguía et al. (2000) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Berkio et al. (2003) mencionan que 10 expertos (dependiendo de la estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento) cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos. Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem este puede ser incorporado al instrumento (Venturinen & Lakkonen, 1995, citados en Berkio et al. (2003).

Ver: <https://www.repositorio.cepa.org/bitstream/handle/10253/1104470/0/11.pdf> entre otra bibliografía.

Tabla 20.*Jueces expertos*

JUEZ	NOMBRE	GRADO	CARGO
1	Gregorio Ernesto Tomas Quispe C.Ps.P 7249	Doctor	Docente de la UCV Psicoterapeuta
2	Flor de María Ruíz Valencia C.Ps.P. 3451	Magister	Docente de la UCV Psicóloga clínica
3	Vanesa Narrea Ibarra C.Ps.P. 19963	Magister	Psicoterapeuta Gestalt Psicóloga clínica en el Hospital Nacional dos de mayo Docente catedrático
4	Ricardo Jiménez Noruega C.Ps.P. 12694	Doctor	Psicólogo clínico Docente de la UCV
5	José Luis Pereyra Quiñones C.Ps.P. 4539	Doctor	Docente de la UCV Autor de 50 Test psicométricos Experiencia en el área educativa

Criterios para elección de jueces expertos

1. Ser psicólogo habilitado
2. Ser Magister y/o Doctor
3. Experiencia en el área clínica y/o educativa

Perfiles

- Gregorio Ernesto Tomas Quispe (C.Ps.P 7249)

	CRITERIOS	SI	NO
	Ser psicólogo habilitado	X	
	Ser Magister y/o Doctor	X	
	Experiencia en el área clínica y/o educativa	X	

Perfiles

- Flor de María Ruíz Valencia (C.Ps.P. 3451)

CRITERIOS	SI	NO
Ser psicólogo habilitado	X	
Ser Magister y/o Doctor	X	
Experiencia en el área clínica y/o educativa	X	

Perfiles

- Vanesa Narrea Ibarra (C.Ps.P. 19963)

CRITERIOS	SI	NO
Ser psicólogo habilitado	X	
Ser Magister y/o Doctor	X	
Experiencia en el área clínica y/o educativa	X	

Perfiles

- Ricardo Jiménez Noruega (C.Ps.P. 12694)

CRITERIOS	SI	NO
Ser psicólogo habilitado	X	
Ser Magister y/o Doctor	X	
Experiencia en el área clínica y/o educativa	X	

Perfiles

- José Luis Pereyra Quiñones (C.Ps.P. 4539)

CRITERIOS	SI	NO
Ser psicólogo habilitado	X	
Ser Magister y/o Doctor	X	
Experiencia en el área clínica y/o educativa	X	

Anexo 13. Sintaxis del software estadístico

Análisis de propiedades psicométricas - Jamovi

```
jmv::descriptives(
```

```
  data = data,  
  vars = vars(I5, I6, I9, I11, I20, I24, I26, I28),  
  freq = TRUE,  
  desc = "rows",  
  median = FALSE,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE,  
  skew = TRUE,  
  kurt = TRUE)
```

```
jmv::descriptives(
```

```
  data = data,  
  vars = vars(I2, I3, I4, I16, I17, I19, I21, I22, I23, I25, I30),  
  freq = TRUE,  
  desc = "rows",  
  median = FALSE,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE,  
  skew = TRUE,  
  kurt = TRUE,  
  duplicate = 84)
```

```
jmv::descriptives(
```

```
  data = data,  
  vars = vars(I1, I7, I8, I10, I12, I13, I14, I15, I18, I27, I29),  
  freq = TRUE,  
  desc = "rows",  
  median = FALSE,
```

```
min = FALSE,  
max = FALSE,  
skew = TRUE,  
kurt = TRUE,  
duplicate = 90)  
jmv::efa(  
  data = data,  
  vars = vars(I5, I6, I9, I11, I20, I24, I26, I28),  
  hideLoadings = 0.4)  
jmv::efa(  
  data = data,  
  vars = vars(I2, I3, I4, I16, I17, I19, I21, I22, I23, I25, I30),  
  hideLoadings = 0.4,  
  duplicate = 86)  
jmv::efa(  
  data = data,  
  vars = vars(I1, I7, I8, I10, I12, I13, I14, I15, I18, I27, I29),  
  hideLoadings = 0.4,  
  duplicate = 86)  
jmv::efa(  
  data = data,  
  vars = vars(I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9, I10, I11, I12, I13, I14, I15, I16, I17,  
I18, I19, I20, I21, I22, I23, I24, I25, I26, I27, I28, I29, I30),  
  sortLoadings = TRUE,  
  factorSummary = TRUE,  
  kmo = TRUE,  
  bartlett = TRUE,  
  duplicate = 86)  
jmv::reliability(  

```

```
data = data,  
vars = vars(I5, I6, I9, I11, I20, I24, I26, I28),  
omegaScale = TRUE,  
alphaltems = TRUE,  
omegaltems = TRUE,  
itemRestCor = TRUE)  
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(I2, I3, I4, I16, I17, I19, I21, I22, I23, I25, I30),  
  omegaScale = TRUE,  
  alphaltems = TRUE,  
  omegaltems = TRUE,  
  itemRestCor = TRUE,  
  duplicate = 120)  
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(I1, I7, I8, I10, I12, I13, I14, I15, I18, I27, I29),  
  omegaScale = TRUE,  
  alphaltems = TRUE,  
  omegaltems = TRUE,  
  itemRestCor = TRUE,  
  duplicate = 120)  
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9, I10, I11, I12, I13, I14, I15, I16, I17,  
I18, I19, I20, I21, I22, I23, I24, I25, I26, I27, I28, I29, I30),  
  omegaScale = TRUE,  
  alphaltems = TRUE,  
  omegaltems = TRUE,
```

```
itemRestCor = TRUE)
jmv::descriptives(
  data = data,
  vars = vars(IS1, IS2, IS3, IS4, IS5),
  freq = TRUE,
  desc = "rows",
  median = FALSE,
  min = FALSE,
  max = FALSE,
  skew = TRUE,
  kurt = TRUE)
jmv::descriptives(
  data = data,
  vars = vars(IS6, IS7, IS8, IS9, IS10, IS11),
  freq = TRUE,
  desc = "rows",
  median = FALSE,
  min = FALSE,
  max = FALSE,
  skew = TRUE,
  kurt = TRUE,
  duplicate = 2)
jmv::descriptives(
  data = data,
  vars = vars(IS12, IS13, IS14, IS15),
  freq = TRUE,
  desc = "rows",
  median = FALSE,
  min = FALSE,
```

```
max = FALSE,  
skew = TRUE,  
kurt = TRUE)  
jmv::descriptives(  
  data = data,  
  vars = vars(IS16, IS17, IS18, IS19),  
  freq = TRUE,  
  desc = "rows",  
  median = FALSE,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE,  
  skew = TRUE,  
  kurt = TRUE,  
  duplicate = 6)  
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(IS1, IS2, IS3, IS4, IS5),  
  omegaScale = TRUE,  
  itemRestCor = TRUE)  
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(IS6, IS7, IS8, IS9, IS10, IS11),  
  omegaScale = TRUE,  
  itemRestCor = TRUE)  
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(IS12, IS13, IS14, IS15),  
  omegaScale = TRUE,  
  itemRestCor = TRUE,
```

```
duplicate = 12)
jmv::reliability(
  data = data,
  vars = vars(IS16, IS17, IS18, IS19),
  omegaScale = TRUE,
  itemRestCor = TRUE,
  duplicate = 12)
jmv::reliability(
  data = data,
  vars = vars(IS1, IS2, IS3, IS4, IS5, IS6, IS7, IS8, IS9, IS10, IS11, IS12, IS13,
  IS14, IS15, IS16, IS17, IS18, IS19),
  omegaScale = TRUE,
  duplicate = 12)
jmv::efa(
  data = data,
  vars = vars(IS1, IS2, IS3, IS4, IS5))
jmv::efa(
  data = data,
  vars = vars(IS6, IS7, IS8, IS9, IS10, IS11),
  duplicate = 18)
jmv::efa(
  data = data,
  vars = vars(IS12, IS13, IS14, IS15),
  duplicate = 18)
jmv::efa(
  data = data,
  vars = vars(IS16, IS17, IS18, IS19),
  duplicate = 18)
```

Análisis descriptivo - Jamovi

```
jmv::descriptives(  
  data = data,  
  vars = vars(ICD1_NIVELES, IMD2_NIVELES, INPD3_NIVELES,  
  IMPULSIVIDAD_NIVELES, ISBD1_NIVELES, ISBD2_NIVELES,  
  ISBD3_NIVELES, ISBD4_NIVELES, IDEACIÓN_SUICIDA_NIVELES),  
  freq = TRUE,  
  desc = "rows",  
  mean = FALSE,  
  median = FALSE,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE)
```

Análisis inferencial - Jamovi

```
jmv::ttestIS(  
  formula = IMPULSIVIDAD ~ SEXO,  
  data = data,  
  vars = IMPULSIVIDAD,  
  students = FALSE,  
  mann = TRUE,  
  norm = TRUE,  
  eqv = TRUE,  
  meanDiff = TRUE,  
  effectSize = TRUE,  
  desc = TRUE)
```

```
jmv::ttestIS(  
  formula = IDEACIÓN_SUICIDA ~ SEXO,  
  data = data,  
  vars = IDEACIÓN_SUICIDA,  
  students = FALSE,
```

```
mann = TRUE,  
norm = TRUE,  
eqv = TRUE,  
meanDiff = TRUE,  
effectSize = TRUE,  
desc = TRUE)  
jmv::corrMatrix(  
  data = data,  
  vars = vars(IMPULSIVIDAD, IDEACIÓN_SUICIDA),  
  pearson = FALSE,  
  spearman = TRUE,  
  flag = TRUE,  
  n = TRUE)  
jmv::corrMatrix(  
  data = data,  
  vars = vars(IMPULSIVIDAD, ISBD1, ISBD2, ISBD3, ISBD4),  
  pearson = FALSE,  
  spearman = TRUE,  
  flag = TRUE,  
  n = TRUE)  
jmv::corrMatrix(  
  data = data,  
  vars = vars(ICD1, IMD2, INPD3, ISBD1, ISBD2, ISBD3, ISBD4),  
  pearson = FALSE,  
  spearman = TRUE,  
  flag = TRUE,  
  n = TRUE)
```

Anexo 14. Evidencia de aprobación del curso de conducta responsable de investigación

Ficha CTI Vitae

[Exportar](#) [Imprimir](#)



HERRERA LOPEZ VIMAILL BEDERMINDA

 Fecha de última actualización: 23-11-2023

Identificadores de Autor

Web of Science ResearcherID:
null

 Conducta Responsable en Investigación

Fecha: 18/07/2023

https://dina.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id_investigador=347118



ORTIZ HUAMAN ISIDORA



Fecha de última actualización: 24-09-2023

https://dina.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id_investigador=357118