



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Salvo G., Lilian; Castro S., Andrea

Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 51, núm. 4, diciembre-, 2013, pp. 245-254

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331530949003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes

Reliability and validity of Barratt impulsiveness scale (BIS-11) in adolescents

Lilian Salvo G.¹ y Andrea Castro S.²

Background: The Barratt Impulsivity Scale (BIS) is one of the most commonly used scales for the assessment of impulsiveness. This report describes the reliability and validity of the BIS-11. **Subjects and Methods:** The study was conducted in high school students ($n = 763$). The reliability was evaluated with analysis of internal consistency and homogeneity of the items. For the validity Pearson coefficient of correlation and the student t-test for independent sample were used. **Results:** The scale obtained a Cronbach alpha coefficient of 0,77, and the total scores of the scale correlated significantly with impulsivity according to DSM IV, impulsivity according to the teacher, suicide attempt and alcohol consumption. **Conclusions:** The BIS-11 is a valid and reliable measure of impulsivity in this population.

Key words: Impulsiveness, adolescents, impulsivity scale.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2013; 51 (4): 245-254

Introducción

El estudio de la impulsividad ha ido adquiriendo relevancia progresiva en el ámbito científico por explicar tanto diferencias normales como patológicas de la personalidad, así como por su relación con varios trastornos mentales, con conductas auto y heteroagresivas y con hallazgos en el campo genético y neurobiológico que comprometen al sistema de neurotransmisión serotoninérgico y dopaminérgico¹⁻⁶.

Tradicionalmente los comportamientos impul-

sivos eran definidos como comportamientos no premeditados y explosivos, y la impulsividad era la tendencia a presentar comportamientos inesperados e irreflexivos. En los últimos veinte años, a ese concepto se le añade, además de la irresistibilidad, el deseo intenso y repetitivo de realizar un acto incluso cuando éste tiene consecuencias negativas⁷. A partir de los conocimientos generados, se ha planteado que la impulsividad es un constructo multidimensional, formada por rasgos que incluyen la tendencia a tomar decisiones rápidamente, la tendencia a actuar sin pensar y la tendencia a

Recibido: 13/8/2013

Aceptado: 8/11/2013

No hubo apoyo financiero.

¹ Psiquiatra. Programa de Doctorado en Salud Mental, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Concepción. Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción..

² Psicóloga. Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago.

involucrarse en conductas riesgosas^{1,8,9}. Para la Asociación Americana de Psiquiatría los trastornos del control de los impulsos se caracterizan por la incapacidad para resistir impulsos, deseos o tentaciones de cometer un acto que resultará dañino para la propia persona o para los demás. En su mayoría, el individuo percibe una creciente tensión o excitación antes de cometer el acto y, consecuentemente al cometerlo tiene experiencias placenteras, de gratificación o alivio. Tras el acto puede o no haber arrepentimiento, autorreproches o culpa¹⁰. Tanto en niños, como en adolescentes y adultos, la impulsividad forma parte de distintos trastornos, representando un criterio diagnóstico o un síntoma significativo. Además, se relaciona con conducta suicida^{11,12} y agresividad^{1,4-6}.

Para medir la impulsividad se han desarrollado varios instrumentos. Destacan: el Cuestionario de Impulsividad de Eysenck¹³, que consta de tres factores: correr riesgos, actuar sin reflexión y no tener planes a futuro; la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman¹⁴, formada por cuatro subescalas: búsqueda de emociones, excitación, desinhibición y susceptibilidad hacia el aburrimiento; la Escala de Impulsividad de Plutchik¹⁵ que evalúa: capacidad para planificar, control de estados emocionales, control de conductas de comer, gastar dinero, mantener relaciones sexuales y otras; el Inventario de Impulsividad de Dickman¹⁶ formado por dos subescalas que miden impulsividad funcional y disfuncional; y la Escala de Impulsividad de Barratt¹ constituida por tres subescalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada.

La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) es un instrumento extensamente usado en investigación psicológica, psiquiátrica, sociológica y educativa. La versión inicial data de 1959, fue desarrollada como parte de un intento por relacionar ansiedad e impulsividad con la eficiencia psicomotora¹⁷. Una revisión posterior de los análisis factoriales de otros autores convencieron a Barratt que la impulsividad no es un constructo unidimensional. Planteó que la impulsividad está compuesta de tres subrasgos. Así, la BIS (versión 10) fue rediseñada para medir esos tres componentes, a priori

definidos. Barratt denominó estos subrasgos como impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada¹⁸. Posteriormente, dicha estructura ha sido reiteradamente demostrada en la literatura¹. La BIS-11^{19,20} es la versión de la Escala de Impulsividad de Barratt actualmente en uso, psicométricamente validada en diversas poblaciones e internacionalmente más empleada, en adultos y adolescentes¹. En los diferentes estudios ha demostrado adecuados parámetros de confiabilidad y validez¹. La impulsividad medida por este instrumento ha correlacionado con múltiples desórdenes impulsivos, entre ellos: agresividad, autoagresiones, conducta suicida, búsqueda de sensaciones, consumo de alcohol y drogas, trastorno bipolar, déficit atencional, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de personalidad límite y trastorno de personalidad antisocial; en poblaciones clínicas y no clínicas^{1,9,19,21-27}.

En nuestro país, en población general, no se ha validado un instrumento para evaluar la impulsividad. Con el afán de contribuir en el estudio de la impulsividad en nuestro medio, especialmente en adolescentes, se realizó el presente estudio con el objeto de evaluar la confiabilidad y la validez de la Escala de Impulsividad de Barratt en su versión 11. Se optó por este instrumento dada la dimensionalidad de su estructura, sus antecedentes psicométricos y su amplio uso en diferentes países. Además, en investigaciones futuras en adolescentes chilenos, el empleo de la BIS-11 también podría favorecer la comparación internacional de los estudios.

Sujetos y métodos

Participantes

Los sujetos incluidos en el estudio provenían de un universo formado por 13.825 estudiantes de enseñanza media diurna de la comuna de Chillán. Se trabajó con una muestra constituida por 763 alumnos, elegida por muestreo aleatorio simple, al azar, por etapas y estratificada por conglomerado, con nivel de confianza de 95% y margen de error muestral máximo de 5%. En esta muestra, el 51,2% de los adolescentes eran de género femenino y el

48,8% de género masculino. El promedio de edad fue de 16 años (*DE* 1,2), con un mínimo de 14 años y un máximo de 19 años.

Variables

En el análisis se consideraron las siguientes variables: Impulsividad medida por BIS 11^{19,20}; Impulsividad evaluada por escala basada en conductas impulsivas descritas en DSM IV^{10,28,29}; Impulsividad operacionalmente medida por el reporte de profesores (previamente capacitados por psiquiatra y psicólogos para catalogar a adolescentes como “impulsivos” si presentaban impulsividad cognitiva, motora y/o no planeada, y “no impulsivos” si no poseían dichos rasgos); conducta suicida operacionalizada a través del antecedente de intentos de suicidios (registrado en cuestionario autoaplicado que consultaba, en los últimos 12 meses, “¿has intentado suicidarte?”, con las siguientes opciones de respuesta: “ningún intento, 1 intento, 2 intentos, 3 o más intentos”); y consumo de alcohol medido a través de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)^{30,31}.

Instrumentos

1. Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS-11)¹⁹ (Anexo 1): es una escala diseñada para evaluar impulsividad. Consta de 30 ítems que se agrupan en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva (Atención) (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), Impulsividad Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29) e Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30). Cada ítem consta de cuatro opciones de respuesta (o, raramente o nunca; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4, siempre o casi siempre). Puede ser auto o heteroaplicada. Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. Los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 tienen una puntuación inversa. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. No existe un punto de corte propuesto.

2. Escala de Impulsividad basada en las conduc-

tas impulsivas descritas en el DSM-IV (Impulsividad-DSM IV)¹⁰: empleada y validada en nuestro país^{28,29}. Puede ser auto o heteroadministrada. Se empleó el autoreporte, en formato tipo likert. Incluye 7 ítems: despilfarro, conducción irresponsable, uso de sustancias, robo en tiendas, comidas copiosas, falta de control de la ira, conductas suicidas y automutilantes impulsivas. Cada uno puntúa entre 1 a 5 puntos. El ítem de conducción irresponsable fue adaptado para hacerlo más relevante al grupo en estudio. No se incluyó el ítem de conductas suicidas por consultarse separadamente por intentos de suicidio. En este estudio obtuvo un *Coefficiente alfa de Cronbach* de 0,61 y la evaluación de la capacidad discriminativa de sus ítems fue adecuada.

3. Test AUDIT: cuestionario de auto-diagnóstico sobre riesgos en el uso de alcohol. Validado y empleado ampliamente en nuestro medio^{30,31}: consta de 10 ítems que exploran el consumo de alcohol del sujeto, así como los problemas derivados del mismo. Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes. Es un instrumento autoaplicado. En cada ítem, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (en los ítems 9 y 10 los valores posibles son tan sólo 0, 2 y 4). Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 10 ítems y que puede oscilar entre 0 y 40. Existen puntos de corte diferenciados entre hombres y mujeres. En el presente estudio obtuvo un *Coefficiente alfa de Cronbach* de 0,84 y la evaluación de la capacidad discriminativa de sus ítems fue adecuada.

Procedimientos

La información fue recolectada a través de un cuestionario anónimo, autoaplicado, previamente ensayado en muestra piloto. La participación de los estudiantes fue autorizada por directivos de educación, profesores, padres, apoderados y alumnos, quienes aceptaron voluntariamente responder el cuestionario. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. La aplicación de los instrumentos fue supervisada por profesionales de salud mental capacitados.

La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) ha sido usada con la autorización de Dr. Matthew S. Stanford, quien posee los derechos reservados del instrumento.

Análisis de los datos

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa SPSS 15.0. La evaluación de la confiabilidad de la BIS-11 se llevó a cabo en base al análisis de la consistencia interna mediante el empleo del *Coefficiente alfa de Cronbach*, así como por el análisis de la homogeneidad de sus ítems examinando la *correlación ítem - total corregido*. La validez fue analizada a través del *coeficiente de correlación de Pearson*, la *prueba t de student para muestras independientes* y la *prueba chi-cuadrado*.

Resultados

En la Tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos para BIS-11, Impulsividad-DSM IV y el Test AUDIT. Según el reporte de sus profesores el 16,6 % (n: 127) de los alumnos fue catalogado como impulsivos. El 19,1% (n: 146) de los adolescentes estudiados tenía antecedente de intento de suicidio en los últimos doce meses.

Análisis de la confiabilidad

El análisis de la consistencia interna de la escala BIS-11 fue realizado mediante el *coeficiente alfa de Cronbach*, cuyo valor fue de 0,77; el cual resulta ser aceptable.

El análisis de la homogeneidad de los ítems, efectuado a través de las *correlaciones ítem-total corregido*, puede observarse en la Tabla 2. El 60% de los ítems tuvo correlación mayor o igual a 0,25-

0,30, lo cual indica que tienen buena capacidad discriminativa y contribuyen significativamente con la puntuación total de la BIS-11. Como se aprecia en la misma Tabla, no es necesario eliminar los ítems 3, 4, 5, 13, 14, 17, 18, 20, 23, 24, 28 y 30, que presentan menor capacidad discriminativa, ya que su eliminación no aumentaría en forma importante la confiabilidad (Alfa de Cronbach) de la escala. Los ítems con menor capacidad discriminativa pertenecen en su mayoría a la subescala de impulsividad no planeada y luego a la cognitiva. Los ítems con índice discriminativo más alto corresponden frecuentemente a la subescala motora.

Análisis de la validez

Los resultados de los análisis para evaluar la validez de la BIS-11 pueden observarse en la Tabla 3.

Para evaluar la validez concurrente de la BIS-11, se correlacionó su puntaje total con el puntaje obtenido en la escala de Impulsividad-DSM-IV. Se encontró una correlación directa, altamente significativa entre ambas escalas ($r(761) = 0,55$, $p < 0,001$). Dicha validez también fue estudiada a través de la comparación entre el puntaje de la BIS-11 obtenido en el grupo de adolescentes impulsivos y el grupo de adolescentes no impulsivos, según el reporte del profesor. El análisis permitió concluir que existe una diferencia significativa entre ambos grupos, $t(761) = 7,02$, $p < 0,001$. Los adolescentes impulsivos presentaron puntajes significativamente superiores en BIS-11 en comparación con los adolescentes no impulsivos, según el profesor (Impulsivos, $M = 58,30$, $DE = 16,19$; No impulsivos, $M = 47,49$, $DE = 13,97$). La diferencia en los promedios alcanzó a 10,8 puntos (95% IC = 7,77 a 13,85).

La validez de constructo de la BIS-11 total se evaluó por medio del estudio de su correlación con otras características psicopatológicas que se suelen relacionar con impulsividad, tales como conducta suicida (intentos de suicidio) y consumo de alcohol.

El análisis de la relación entre BIS-11 e intentos de suicidio reveló que existe una diferencia significativa en el puntaje de la BIS-11 entre aquellos adolescentes que han intentado suicidarse

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para BIS-11, Impulsividad-DSM IV y Test AUDIT (n: 763)

	M	DE	Mín	Máx
BIS-11 Total	49,3	14,9	16	100
Impulsividad-DSM IV	12,8	3,7	6	28
Test AUDIT	3,32	4,7	0	38

Tabla 2. Correlaciones ítem-total corregido para los ítems de la BIS-11 (n: 763)

Ítems BIS-11	Media	DS	Correlación ítem total-corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Planifico mis tareas	1,93	1,43	0,40***	0,759
2. Hago las cosas sin pensarlas	1,17	1,28	0,57***	0,751
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho	1,53	1,40	0,19***	0,770
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad	2,68	1,27	-0,06	0,780
5. Planifico mis actividades con antelación	1,42	1,42	0,20***	0,769
6. Soy una persona con autocontrol	1,19	1,31	0,36***	0,761
7. Me concentro con facilidad	1,91	1,48	0,44***	0,757
8. Ahorro con regularidad	2,05	1,51	0,38***	0,759
9. Se me hace difícil estar quieto por largos...	1,74	1,51	0,38***	0,760
10. Pienso las cosas cuidadosamente	1,33	1,25	0,42***	0,759
11. Planifico para tener un trabajo (estudio)...	1,37	1,40	0,38***	0,760
12. Digo las cosas sin pensarlas	1,33	1,32	0,51***	0,754
13. Me gusta pensar sobre problemas...	1,85	1,51	-0,01**	0,780
14. Cambio de trabajo (colegio) frecuentemente	0,33	0,92	0,20***	0,769
15. Actúo impulsivamente	1,20	1,28	0,55***	0,752
16. Me aburre pensar en algo por demasiado...	1,66	1,39	0,30***	0,764
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	2,42	1,48	0,06***	0,777
18. Hago las cosas en el momento en que se...	1,98	1,35	0,22***	0,768
19. Soy una persona que piensa sin distraerse	2,17	1,39	0,30***	0,764
20. Cambio de vivienda frecuentemente...	0,36	0,96	0,10***	0,772
21. Compró cosas impulsivamente	1,24	1,35	0,44***	0,757
22. Yo termino lo que empiezo	1,47	1,38	0,33***	0,762
23. Camino y me muevo con rapidez	2,73	1,31	-0,08	0,782
24. Resuelvo los problemas experimentando	2,05	1,38	-0,01**	0,779
25. Gasto más dinero de lo que tengo	1,02	1,39	0,39***	0,759
26. Hablo rápido	1,72	1,43	0,25***	0,767
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes)...	1,58	1,48	0,39***	0,759
28. Me interesa más el presente que el futuro	2,22	1,44	0,20***	0,769
29. Me siento inquieto en clases	1,65	1,46	0,49***	0,754
30. Planifico para el futuro	2,00	1,50	0,12***	0,774

p < 0,01, *p < 0,001 (unilateral).

y los que no han realizado intentos de suicidio ($t(761) = 6,00$, $p < 0,001$). Los adolescentes que habían intentado el suicidio obtuvieron una Media en la BIS-11 de 55,8 ($DE = 15,53$) en comparación con una Media de 47,75 ($DE = 14,34$) en los no intentadores. La diferencia en los promedios alcanzó

a 8,05 puntos (95% IC = 5,42 a 10,69).

En cuanto a la correlación entre BIS-11 y consumo de alcohol medido por el Test AUDIT, se observó una correlación positiva altamente significativa entre ambas variables ($r(761) = 0,34$, $p < 0,001$).

Tabla 3. Correlaciones entre BIS-11 y Escala Impulsividad-DSM IV, Impulsividad según reporte del profesor, Intento de suicidio y Test AUDIT (n: 763)

	1	2	3	4	5
1. Impulsividad BIS-11	-				
2. Impulsividad-DSM IV	0,55 ^{t*}	-			
3. Impulsividad reporte profesor	7,02 ^{t*}	6,15 ^{t*}	-		
4. Antecedente Intento suicida	6,00 ^{t*}	5,95 ^{t*}	6,98 ^{x*}	-	
5. Consumo alcohol (AUDIT)	0,34 ^{t*}	0,49 ^{t*}	5,05 ^{t*}	4,46 ^{t*}	-

^t: Coeficiente r de Pearson; ^t: t de Student; ^x: Chi-cuadrado. *: Todas las correlaciones significativas a un nivel de significación $p < 0,001$.

Discusión

La Escala de Impulsividad de Barratt es un instrumento que ha demostrado estar bien diseñado, poseer adecuada confiabilidad y diversos indicadores de validez¹. El presente estudio confirma que en adolescentes chilenos de población general, el instrumento mantiene sus propiedades psicométricas ya que presenta una consistencia interna satisfactoria, una aceptable homogeneidad de sus ítems y correlaciona significativamente con impulsividad, conducta suicida y consumo de alcohol.

En relación a su confiabilidad (*coeficiente alfa de Cronbach* de 0,77), los resultados son comparables a lo encontrado por otros autores (coeficientes entre 0,7 y 0,9), en estudios internacionales, en distintas poblaciones^{1,19,20,22}. Si bien lo óptimo es contar con valores entre 0,8 y 0,9, cuando no se cuenta con un mejor instrumento validado puede permitirse un valor aceptable (0,7) teniendo presente esa limitación.

La menor capacidad discriminativa en la impulsividad no planeada y cognitiva y los mejores índices en la motora podrían explicarse por la mayor facilidad para captar el componente motor. En cambio, la apreciación reflexiva que requiere la impulsividad no planeada y cognitiva podría hacer más difícil la autoevaluación. Se sugiere que al usar la escala, en las muestras pilotos se adecuen los ítems especialmente de la impulsividad no planeada para hacerlos más comprensibles y pertinentes a los grupos en estudio.

Como se esperaba, de acuerdo a la evidencia

mostrada en otras investigaciones, en este estudio la impulsividad evaluada por la BIS-11 se relacionó significativamente con mayor nivel de impulsividad medida por otros instrumentos (según conductas impulsivas descritas en DSM-IV y según impulsividad observada por profesor), con antecedente de intentos de suicidio y con mayor grado de consumo de alcohol^{1,11,12,24,29}.

Este estudio tiene como limitación el haber sido llevado a cabo en una población determinada del país (Chillán) y por tanto, a pesar del tamaño y adecuado muestreo, no es representativa de la realidad nacional. Este sesgo debe ser considerado en la replicabilidad del estudio y/o en el uso de la escala. Otras limitaciones son la utilización de información obtenida a través de instrumentos de autoreporte (más subjetivos) y el hecho de no haber sido contrastada con el juicio clínico. A la luz de las propiedades psicométricas ya descritas, dicha situación no invalida su empleo, pero restringe su aplicación a adolescentes estudiantes de población general. Lo anterior, invita a nuevas investigaciones que exploren su validez con evaluaciones de mayor objetividad y a estudios en otras poblaciones, por ejemplo en el ámbito clínico, donde tiene un amplio campo de utilización.

No se ha descrito un punto de corte para esta escala. Algunos autores recomiendan emplear la mediana de su distribución. Sería interesante a futuro determinar un puntaje de corte que permita distinguir entre personas con o sin impulsividad de relevancia clínica.

El disponer de este instrumento que cuenta con

gran respaldo internacional, ahora validado en el contexto chileno, es un aporte para la investigación y por tanto para la generación de información que podría apoyar el diseño de estrategias preventivas y de manejo de problemas derivados o relacionados con la impulsividad en adolescentes.

Aunque es claro en clínicos e investigadores, cabe recordar que las escalas, especialmente las autoadministradas, no pueden sustituir una evaluación ni un diagnóstico clínico. Su uso es sólo un complemento. Pueden emplearse como método de rastreo en personas que luego deben ser sometidas a evaluación por el clínico, como medida para

cuantificar la intensidad y evolución de determinada sintomatología, y como instrumentos en el campo de la investigación.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en nuestro estudio confirman que la escala de Impulsividad de Barratt versión 11 es un instrumento válido y confiable para la evaluación de la impulsividad en adolescentes de población general de nuestro medio, teniendo presente que su confiabilidad sólo fue aceptable (coeficiente alfa de Cronbach: 0,77).

Anexo 1. Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)

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.

(Entrevistador: lea cada oración al entrevistado y marque la respuesta. Si no entiende la pregunta o si es más atingente plantéela la forma entre paréntesis).

	Rara mente o Nunca (0)	Ocasio- nalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				

14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compro cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Esta Escala se ha imprimido con la autorización del Dr. Matthew S. Stanford. Validada en Chile por: Salvo L, Castro A. 2013.

Resumen

Introducción: La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) es uno de los instrumentos más frecuentemente usados para evaluar la impulsividad. Este artículo describe la confiabilidad y validez de la BIS-11 en adolescentes chilenos. **Sujetos y Métodos:** El estudio se efectuó en estudiantes de enseñanza media ($n = 763$). La confiabilidad se evaluó con análisis de consistencia interna y homogeneidad de los ítems. Para la validez se empleó coeficiente de correlación de Pearson y prueba *t* de student para muestras independientes. **Resultados:** La escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,77 y su puntaje total correlacionó significativamente con impulsividad según DSM IV, impulsividad según reporte del profesor, intento de suicidio y consumo de alcohol. **Conclusiones:** La BIS-11 es una medida de impulsividad con adecuada confiabilidad y validez en esta población.

Palabras clave: Impulsividad, adolescentes, escala de impulsividad.

Referencias bibliográficas

1. Stanford M, Mathias C, Dougherty D, Lake S, Anderson N, Patton J. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Pers Indiv Dif* 2009; 47: 385-95.
2. De Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: A review of underlying processes. *Addic Biol* 2009; 14: 22-31.
3. New A, Goodman M, Triebwasser J, Siever L. Recent Advances in the Biological Study of Personality Disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2008; 31: 441-61.
4. Martínez-Tenorio F, Hernández-Daza M, Chávez-Dueñas M. Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel. *Neurol Neurocir Psiquiat* 2007; 40: 35-40.
5. Jensen P, Youngstrom E, Steiner H, Findling R, Meyer R, Malone R, *et al.* Consensus Report on Impulsive Aggression as a Symptom Across Diagnostic Categories in Child. *Psychiatry: Implications for Medication Studies J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 309-22.
6. Arias N, Ostrosky-Solís F. Neuropsicología de la violencia y sus clasificaciones. *Rev Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 2008; 8: 95-114.
7. Moeller F, Barratt E, Dougherty D, Schmitz J, Swann A. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2011; 158: 1783-93.
8. Squillace M, Picón J, Schmidt V. El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Rev Neuropsicol Latinoamer* 2011; 3: 8-18.
9. Steinberg L, Sharp C, Stanford M, Tharp A. New Tricks for an Old Measure: The Development of the Barratt Impulsiveness Scale-Brief (BIS-Brief). *Psychol Assess* 2013; 25: 216-26.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
11. Bobes J, Sáiz P, García-Portillo M, Bascarán M, Bousoño M. Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Médica, 2004.
12. Nock M. Suicidal behavior among adolescents: Correlates, confounds, and (the Search for) causal mechanisms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 237-9.
13. Eysenck S, Eysenck H. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol* 1977; 16: 57-68.
14. Zuckerman M, Eysenck S, Eysenck H. Sensation-seeking in England and America: Cross-cultural, age and sex comparisons. *J Consult Clin Psychol* 1978; 46: 139-49.
15. Plutchik R, Van Praag H. The measurement of suicidality and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr* 1989; 13: 23-4.
16. Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 95-102.
17. Barratt E. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills* 1959; 9: 191-8.
18. Barratt E. Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. In Spence JT, Izard CE editors. *Motivation, Emotion and Personality*. North Holland: Elsevier Science; 1985. p. 137-46.
19. Patton J, Stanford M, Barratt E. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51: 768-74.
20. Oquendo M, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalban V, Mann J. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *Eur J Psychiatry* 2001; 15: 147-55.
21. Andreu J, Fernández M, Penado M. Análisis de la impulsividad en diferentes grupos de adolescentes agresivos. *Rev Int Psicol Ter Psicol* 2012; 12: 441-52.
22. Von Diemen L, Szobot C, Kessler F, Pechansky F. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale BIS 11 to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29: 153-6.
23. Carlson A. The role of impulsivity and compulsivity in disordered eating, self-harm, and obligatory exercise in a nonclinical sample. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2008; 69: 1944.
24. Von Diemen L, García D, Costa S, Szobot C, Pechansky F. Impulsivity, age of first alcohol use and substance use disorders among male adolescents:

- A population based case-control study. *Addic* 2008; 103: 1198-205.
25. Ireland J, Archer J. A confirmatory factor analysis study of the Barratt Impulsivity Scale. *Pers Individ Dif* 2008; 45: 286-92.
 26. Swann A, Steinberg J, Lijffijt M, Moeller F. Impulsivity: Differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008; 106: 241-8.
 27. Sierra P, Livianos L, Peris L, Rojo L. Impulsividad, búsqueda de sensaciones y agresividad en pacientes bipolares tipo I y II. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)* 2011; 4: 195-204.
 28. Silva H, Jerez S, Paredes A, Montes C, Rentarí P, Ramírez A, *et al.* Efecto diferencial de la fluoxetina en psicopatología de personalidad límite. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2003; 41: 271-9.
 29. Salvo G, Melipillán R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2008; 46: 115-23.
 30. Ministerio de Salud. Guía clínica. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.
 31. Alvarado M, Garmendia M, Acuña G, Santis R, Arteaga O. Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Rev Med Chile* 2009; 137: 1463-8.

Correspondencia:

Dra. Lilian Salvo G.
Bulnes 473, Chillán.
Teléfono: 42-2231500
E-mail: lilisalvo@udec.cl