

Barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida: desarrollo y validación de un instrumento para profesionales de la salud*

Amanda Sarah Vanzela^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-3535-5621>

Aline Conceição Silva³

 <https://orcid.org/0000-0001-5843-2517>

Laysa Fernanda Silva Pedrollo^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-0489-7244>

Isabela dos Santos Martin¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8274-4641>

Kelly Graziani Giacchero Vedana¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7363-2429>

Destacados: (1) El instrumento identifica barreras y facilitadores en la prevención de la violencia autoinfligida. (2) La consistencia interna del instrumento fue considerada alta. (3) El análisis identificó factores: conocimientos y capacidad, contexto y apoyo institucional. (4) Se desarrolló un instrumento de fácil utilización y adaptable a diversos contextos de Brasil. (5) El instrumento contribuye a los estudios de prevención de la violencia autoinfligida.

Objetivo: desarrollar y validar un instrumento basado en el *Theoretical Domains Framework* para la identificación de barreras y facilitadores percibidos por profesionales de la salud en la prevención de la violencia autoinfligida. **Método:** estudio metodológico basado en el marco teórico de Pasquali y en el *Theoretical Domains Framework*. Las validaciones de apariencia y contenido se realizaron mediante evaluación de expertos ($n = 13$), y la validez de constructo se verificó con profesionales de la salud ($n = 91$). Los participantes fueron seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos fueron recolectados mediante formulario virtual y analizados a partir del Índice de Validez de Contenido (IVC), el coeficiente de concordancia *First-Order Agreement* (AC1) y el análisis factorial exploratorio de Horn. **Resultados:** la concordancia entre evaluadores fue considerada moderada (AC1 = 0,52; DE = 0,04; IC 95% = 0,42 - 0,61; $p \leq 0,005$). Tras el análisis con el público objetivo, se eliminaron tres ítems ($KMO = < 0,6$). El análisis factorial identificó tres factores y 11 ítems, y la consistencia interna del instrumento fue considerada alta ($\omega = 0,89$). La versión final fue estructurada con 11 ítems en escala tipo Likert. **Conclusión:** el instrumento es pionero y accesible para el contexto brasileño, con potencial para la identificación de barreras y facilitadores en la prevención de la violencia autoinfligida.

Descriptores: Prevención del Suicidio; Conducta Autodestructiva; Práctica Clínica Basada en la Evidencia; Estudio de Validación; Personal de Salud; Atención a la Salud.

Cómo citar este artículo

Vanzela AS, Silva AC, Pedrollo LFS, Martin IS, Vedana KGG. Barriers and facilitators for self-harm: development and validation of an instrument for health professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2025;33:e4638

[cited _____. Available from: _____. URL: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7754.4638>].

año mes día

Introducción

La violencia autoinfligida es compleja, multifactorial y representa un tema prioritario en las agendas de salud pública a nivel mundial⁽¹⁾. A pesar de las diversas estrategias de prevención existentes, aún persisten numerosos desafíos en el desarrollo e implementación efectiva de intervenciones preventivas basadas en evidencias relevantes para realidades específicas de salud⁽¹⁻²⁾.

La violencia autoinfligida se define como un tipo de violencia que una persona ejerce contra sí misma, e incluye el comportamiento suicida (intentos y suicidio), además de las autolesiones no suicidas (ALNS)⁽²⁾. Cada año, miles de personas mueren por suicidio en todo el mundo⁽¹⁾; en Brasil, en 2021, se registraron más de 15 mil muertes⁽³⁾. Se estima que los intentos de suicidio y las ALNS son aún más frecuentes y numerosas, aunque subnotificadas.

Por tratarse de un problema multifacético, la prevención de la violencia autoinfligida debe ser concebida y organizada a partir de un enfoque multinivel y multiprofesional^(1,4). La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone que la restricción de métodos letales, la educación y capacitación de profesionales de la salud, los programas de intervención en crisis, el manejo de trastornos mentales, la formación de profesionales de los medios de comunicación y la posvención son estrategias eficaces y necesarias para la prevención de la violencia autoinfligida⁽⁵⁻⁶⁾.

Sin embargo, la existencia de estrategias efectivas de prevención no garantiza su debida implementación y aplicación en la realidad de los profesionales de salud. Existe una gran brecha entre lo que se produce desde la ciencia y lo que realmente se aplica en la práctica⁽⁷⁻⁸⁾. En este contexto, es necesario comprender cómo las estrategias basadas en evidencias son y pueden ser efectivamente implementadas en la práctica⁽⁹⁾. Por lo tanto, en primer lugar, es importante identificar el contexto en el que se desarrollará una práctica, así como los factores que influyen o no en su implementación y resultados⁽⁷⁾.

Investigaciones en diferentes países buscan identificar las barreras y facilitadores para la implementación de estrategias de prevención de la violencia autoinfligida⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Las principales barreras vinculadas a la prevención de la violencia por parte de profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) son la falta de formación y educación de los profesionales, creencias y actitudes⁽¹²⁾, estigma y juicios^(11,13), aspectos relacionados con la cultura institucional⁽¹²⁾, así como limitaciones vinculadas a los recursos financieros y humanos^(11,13). Los principales facilitadores identificados son la formación de los profesionales de salud, el apoyo institucional⁽¹⁰⁻¹¹⁾, la disponibilidad de herramientas de evaluación adecuadas y contextualizadas⁽¹⁰⁻¹¹⁾, políticas públicas que valoren los

derechos de las víctimas de violencia y el acceso a una atención de calidad⁽¹⁴⁾.

Es necesario que estos estudios sobre implementación de prácticas se desarrollem y se fundamenten en el contexto específico en el cual se pretende implementar la estrategia⁽⁹⁾. En Brasil, aún no existen instrumentos que propongan identificar barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Los estudios de esta naturaleza aún carecen de fundamentos en marcos teóricos que sustenten su comprensión.

El *Theoretical Domains Framework* (TDF) es una estructura teórica integradora construida por psicólogos e investigadores expertos en cambio de comportamiento e implementación de prácticas basadas en evidencias. La estructura se fundamenta en 33 teorías de la psicología y tiene como objetivo identificar los factores que influyen en los comportamientos de los profesionales de la salud para implementar o no (barreras y facilitadores) prácticas basadas en evidencias⁽¹⁵⁾.

La utilización de este tipo de herramienta puede contribuir a la identificación de barreras y facilitadores, favoreciendo la implementación de estrategias de prevención de la violencia autoinfligida basadas en evidencias, promoviendo la mejora de las prácticas preventivas y de la calidad del trabajo en salud, así como de la atención a víctimas y sobrevivientes. Estos hallazgos presentan potencial para fomentar discusiones sobre esta temática, con enfoque en cambios relacionados con la formulación de políticas públicas de prevención de la violencia autoinfligida en Brasil. Así, el presente estudio tuvo como objetivo desarrollar y validar un instrumento basado en el TDF para la identificación de barreras y facilitadores percibidos por profesionales de la salud en la prevención de la violencia autoinfligida.

Método

Tipo de estudio

Estudio metodológico de desarrollo y validación de un instrumento sobre las barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida, basado en los marcos teóricos de elaboración de escalas⁽¹⁶⁾ y en el TDF⁽¹⁵⁾. Los resultados fueron descritos de acuerdo con las directrices PRISMA-COSMIN⁽¹⁷⁾.

Escenario

El instrumento fue desarrollado entre los meses de agosto y noviembre de 2023. La validación de apariencia y contenido se llevó a cabo entre enero y febrero de

2024, y la validación de constructo entre junio y julio de 2024. Todo el proceso de validación se realizó mediante recolección virtual, mediante la plataforma *Research Electronic Data Capture (REDCap)*.

Etapas del estudio

El proceso de construcción del instrumento siguió procedimientos teóricos y experimentales con el fin de ofrecer un instrumento aplicable en el contexto brasileño⁽¹⁶⁾. Se siguieron las etapas de definición de los objetivos y del público objetivo del instrumento, así como la definición de estructuras conceptuales y operacionales basadas en el TDF⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. El desarrollo de los ítems del instrumento fue iniciado por las autoras (AV, AS, LP), con revisión y discusión junto a las autoras IM y KV. En la validación del instrumento, se siguieron las etapas de validación de apariencia, contenido y constructo, conforme se describe a continuación.

Población

La validación de apariencia y contenido del instrumento se realizó con 13 expertos, mientras que la validación de constructo se llevó a cabo con 91 profesionales de la salud. En ambas las etapas, los participantes fueron seleccionados mediante técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

La selección de los expertos se realizó mediante la *Plataforma Lattes* (sistema de información sobre investigadores e instituciones científicas, tecnológicas e innovadoras de Brasil). Los criterios de inclusión fueron poseer formación en el área de la salud, nivel de doctorado y experiencia (docencia, investigación o asistencia) en la temática de violencia autoinfligida. Los datos de los expertos que cumplieron con los criterios definidos fueron guardados en un documento editable, el cual fue utilizado para la realización de las invitaciones en la etapa de recolección de datos.

Para la selección del público objetivo, se definió la participación de profesionales de salud que actuaran en el contexto brasileño, con el fin de permitir que el instrumento fuera válido para personas con diferentes niveles y experiencias profesionales. Los criterios de inclusión fueron ser profesional de salud, brasileño y con actuación profesional en el país.

Recolección de datos

La recolección de datos para las etapas de validación de apariencia, contenido y constructo del estudio se

realizó en la plataforma *REDCap*. Al ser invitados a participar en la investigación, tanto expertos como público objetivo tuvieron acceso a un formulario en la plataforma que contenía la descripción detallada del estudio, el Consentimiento Informado (CI), un cuestionario de caracterización sociodemográfica y el instrumento para la identificación de barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida.

En la validación de apariencia y contenido, se invitó a 80 expertos mediante correos electrónicos con información sobre el estudio. De estos, 30 manifestaron interés en colaborar y 24 respondieron los cuestionarios. La muestra final fue compuesta tras la exclusión de cuestionarios con respuestas incompletas o con un llenado inadecuado de los ítems de evaluación del instrumento ($n = 13$).

Para la selección del público objetivo, se invitó ampliamente a profesionales de salud mediante publicaciones en redes sociales (*Instagram* y *Facebook* del grupo de investigación y de los investigadores responsables por el estudio). Un total de 121 profesionales accedieron al cuestionario en *REDCap*. De estos, 98 completaron todas las respuestas, siendo excluidos los cuestionarios con 15% de respuestas faltantes ($n = 7$). La muestra quedó compuesta por 91 profesionales.

Respecto a los expertos, se recolectaron variables de caracterización sociodemográfica como género, edad, raza/color, ubicación geográfica (región y estado), nivel educativo, formación académica, tiempo de experiencia profesional, área de actuación, experiencia en docencia, asistencia e investigación, con enfoque en violencia autoinfligida y/o salud mental. Además, el instrumento de barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida contenía las opciones de respuesta "totalmente adecuado", "adecuado", "neutro", "inadecuado" y "totalmente inadecuado". Al final del instrumento, los expertos disponían de un espacio para sugerencias de modificación de los ítems del instrumento.

Para el público objetivo, se recolectaron las mismas variables de caracterización sociodemográfica mencionadas anteriormente, así como el instrumento con escala de respuesta "totalmente de acuerdo", "de acuerdo", "neutro", "en desacuerdo" y "totalmente en desacuerdo". Además, se recolectaron variables relacionadas con la facilidad de llenado del instrumento, comprensión de los ítems y opciones de respuesta, así como la relevancia del instrumento para la práctica clínica y sugerencias de modificación del mismo cuando fuera pertinente.

Tratamiento y análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron organizados en una hoja de cálculo de *Microsoft Excel 10* y analizados con

el programa R (*R Core Team*, 2023), versión 4.3.1, utilizando el paquete *Psych*⁽¹⁸⁾. La validez de apariencia y contenido fue evaluada mediante análisis descriptivos y el Índice de Validez de Contenido (IVC), con un criterio mínimo de aceptación o reformulación igual o superior a 0,80⁽¹⁹⁾. La adecuación se calculó a partir del agrupamiento de las opciones “totalmente adecuado”, “adecuado” y “neutro”. El grado de confiabilidad y concordancia entre los evaluadores fue evaluado mediante el coeficiente *First-order Agreement* (AC1). Según esta prueba, cuanto más cercano a 1,0 sea el resultado, mayor es la concordancia y confiabilidad entre los expertos⁽²⁰⁾.

La validez de constructo fue evaluada considerando la dimensionalidad del instrumento, mediante análisis factorial exploratorio (AFE). La AFE se utilizó para identificar la estructura subyacente de los ítems del instrumento y determinar el número de factores que mejor representan los datos. El Análisis Paralelo de Horn tuvo como objetivo definir la estructura de correlaciones entre los ítems y establecer un conjunto de dimensiones que representen esas variables. Se aplicó el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para verificar si los datos eran adecuados para someterse al análisis factorial. En el KMO, los valores obtenidos pueden variar entre cero y uno, siendo que valores cercanos a cero indican que el análisis factorial es inadecuado⁽²¹⁾. Valores < 0,5 se consideran inaceptables; valores entre 0,5 y 0,7, mediocres; valores entre 0,7 y 0,8, buenos; valores > 0,8, óptimos; y valores > 0,9, excelentes⁽²²⁾.

La prueba de esfericidad de Bartlett también fue utilizada para evaluar la adecuación del análisis factorial mediante la verificación de la existencia de correlación entre las variables, siendo significativa cuando los valores de los elementos en la diagonal principal son iguales a uno y están ausentes cuando los demás elementos de la matriz se aproximan a cero⁽²³⁾. La prueba también evalúa la significancia general de todas las correlaciones, considerándose $p < 0,05$ como indicativo de que la matriz es favorable para la factorización de los datos⁽²⁴⁾.

Tras la definición de factores, se excluyeron del análisis factorial los valores iguales o inferiores a 0,40 por ser considerados insuficientes, es decir, por no cargar el factor identificado. Por último, el coeficiente ω de McDonald determinó la fidelidad del análisis realizado.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (CEP/EERP-USP), con parecer número 6.308.906.

Resultados

El estudio se desarrolló en dos etapas principales: a) desarrollo del instrumento y b) validación del instrumento, siendo esta segunda etapa dividida en validación de apariencia/contenido y validación de constructo.

Desarrollo del instrumento

Inicialmente se desarrollaron afirmaciones relacionadas con la prevención de la violencia autoinfligida para cada dominio ($n = 14$) y constructos del TDF ($n = 84$). Posteriormente, las afirmaciones fueron agrupadas y sintetizadas, resultando en 17 ítems, además de dos preguntas abiertas para permitir la flexibilización de la respuesta y la inclusión de posibles aspectos no abordados anteriormente. Se definió una escala Likert de cinco puntos (Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Neutro, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo) como escala de respuesta del instrumento⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Los dominios relacionados con el TDF mantenidos al final de la construcción del instrumento “Barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida” fueron: Conocimiento ($n = 1$), Capacidades ($n = 1$), Identidad/rol profesional ($n = 1$), Creencias sobre capacidades ($n = 2$), Creencias sobre consecuencias ($n = 1$), Reforzamiento ($n = 1$), Metas ($n = 1$), Contexto ambiental y recursos ($n = 3$), Influencias sociales ($n = 3$), Emoción ($n = 2$), Regulación del comportamiento ($n = 1$).

Validación de apariencia y contenido con expertos

La presente etapa tuvo como objetivo evaluar la adecuación, presentación y comprensión del instrumento^(16,27). La muestra final de participantes ($n = 13$) estuvo compuesta por profesionales autodeclaradas de sexo femenino (76,8%), de raza blanca (76,9%), de la región sudeste (69,2%), con formación en enfermería (92,3%) y con niveles de doctorado o posdoctorado (69,3%). La mayoría de las participantes tenía experiencia profesional en el ámbito de la docencia (84,6%), en investigación (100%) y en la asistencia (76,9%). Además, los profesionales informaron tener experiencia en la temática de la violencia autoinfligida (69,2%) y en el campo de la salud mental en la atención primaria de salud (76,9%). El 35,7% tenía experiencia previa en estudios de construcción y/o validación de instrumentos.

Tras el análisis por parte de los expertos, solo los ítems 11, 12 y 15 no alcanzaron el IVC del 80% (IVC = 0,69; IVC = 0,77 e IVC = 0,77, respectivamente) (Tabla 1), y fueron mejorados según las sugerencias recibidas.

En el ítem 11, los expertos solicitaron la adecuación del término “*las personas que admiro*” por “*los profesionales que admiro*”, para enfocar mejor las relaciones en el entorno laboral. En el ítem 12, se sugirió sustituir “*despierta ansiedad, miedo...*” por “*me despierta ansiedad, miedo...*”. En el ítem 15, los expertos sugirieron mayor especificidad y claridad, por

lo que la pregunta fue modificada de “*sé cuáles son los servicios de la red...*” a “*i de atención a la salud y otros dispositivos sociales...*”.

Además, considerando las sugerencias propuestas en el campo “Sugerencias” del cuestionario presentado a los expertos, se añadieron otros dos ítems relacionados con el dominio “Contexto Ambiental y Recursos”.

Tabla 1 - Confiabilidad y concordancia de los expertos sobre el instrumento “Barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida” (n = 13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2024

| Ítems | Concordancia Adecuación N (%)* | | | | | IVC** |
|-----------|--------------------------------|----------|----------|----------|---------|-------------|
| | TA† | A‡ | N§ | I¶ | TI¶ | |
| Ítem 1 | 12 (92,3) | 1 (7,7) | - | - | - | 1,00 |
| Ítem 2 | 10 (76,9) | 1 (7,7) | 1 (7,7) | 1 (7,7) | - | 0,85 |
| Ítem 3 | 11 (84,6) | 1 (7,7) | 1 (7,7) | - | - | 0,92 |
| Ítem 4 | 10 (76,9) | 2 (15,4) | 1 (7,7) | - | - | 0,92 |
| Ítem 5 | 10 (76,9) | 2 (15,4) | - | 1 (7,7) | - | 0,92 |
| Ítem 6 | 10 (76,9) | 1 (7,7) | 2 (15,4) | - | - | 0,85 |
| Ítem 7 | 9 (69,2) | 2 (15,4) | 1 (7,7) | - | 1 (7,7) | 0,85 |
| Ítem 8†† | 8 (66,7) | 2 (16,7) | 1 (8,3) | 1 (8,3) | - | 0,83 |
| Ítem 9 | 12 (92,3) | 1 (7,7) | - | - | - | 1,00 |
| Ítem 10 | 11 (84,6) | - | - | 2 (15,4) | - | 0,85 |
| Ítem 11 | 8 (61,5) | 1 (7,7) | 2 (15,4) | 2 (15,4) | - | 0,69 |
| Ítem 12 | 9 (69,2) | 1 (7,7) | 1 (7,7) | 1 (7,7) | 1 (7,7) | 0,77 |
| Ítem 13 | 9 (69,2) | 3 (23,1) | - | 1 (7,7) | - | 0,92 |
| Ítem 14†† | 7 (58,3) | 3 (25,0) | 1 (8,3) | 1 (8,3) | - | 0,83 |
| Ítem 15 | 9 (69,2) | 1 (7,7) | 1 (7,7) | 1 (7,7) | 1 (7,7) | 0,77 |
| Ítem 16 | 10 (76,9) | 1 (7,7) | - | 2 (15,4) | - | 0,85 |
| Ítem 17 | 11 (84,6) | - | - | 2 (15,4) | - | 0,85 |

*N = Número de participantes; †TA = Totalmente adecuado; ‡A = Adecuado; §N = Neutro; ¶I = Inadecuado; ¶¶TI = Totalmente inadecuado; **IVC = Índice de validez de contenido; ††Ítem con missing

Validación de constructo con el público objetivo

La validación de constructo tiene como objetivo evaluar si los ítems del instrumento realmente miden el concepto teórico que se propone medir. De los 91 participantes, la mayoría se autodeclararon de sexo femenino (92,3%), de raza blanca (74,4%), de la región sudeste (85,6%), graduados en enfermería (71,1%), con posgrado *Lato o Stricto sensu* (48,4%) y con actuación en el sector público (61,5%). Los participantes informaron no haber realizado formación previa en

la temática de la violencia autoinfligida (65,9%), haber atendido alguna vez a una víctima de violencia autoinfligida (86,7%) y negaron haber desarrollado o participado en una acción de prevención de la violencia autoinfligida (56%).

La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($p < 0,001$) y el valor KMO general del instrumento fue de 0,73, lo que indica una buena adecuación de los datos para el análisis factorial. Los ítems 5 (creencias sobre consecuencias), 13 (influencias sociales) y 14 (emociones) fueron excluidos por presentar $KMO < 0,6$ (Tabla 2).

Tabla 2 - Concordancia de profesionales de la salud en la validación de constructo del instrumento "Barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida" (n = 91). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2024

| Ítems | Concordancia N (%)* | | | | | KMO** |
|---------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| | CT† | C‡ | N§ | D¶ | DT¶ | |
| Ítem 1 | 7 (7,8) | 35 (38,9) | 23 (25,6) | 13 (14,4) | 12 (13,3) | 0,72 |
| Ítem 2 | 5 (5,6) | 30 (33,3) | 14 (15,6) | 23 (25,6) | 18 (20) | 0,77 |
| Ítem 3 | 11 (12,1) | 23 (25,3) | 18 (19,8) | 25 (27,5) | 14 (15,4) | 0,82 |
| Ítem 4 | 43 (47,8) | 34 (37,8) | 8 (8,9) | 2 (2,2) | 3 (3,3) | 0,79 |
| Ítem 5 | 70 (76,9) | 20 (22) | 1 (1,1) | - | - | 0,55 |
| Ítem 6 | 14 (15,4) | 13 (14,3) | 42 (46,2) | 7 (7,7) | 15 (16,5) | 0,69 |
| Ítem 7 | 4 (4,4) | 5 (5,5) | 15 (16,5) | 24 (26,4) | 43 (47,3) | 0,73 |
| Ítem 8 | 3 (3,3) | 14 (15,4) | 17 (18,7) | 24 (26,4) | 33 (36,3) | 0,71 |
| Ítem 9 | 1 (1,1) | 20 (22,2) | 19 (21,1) | 27 (30) | 23 (25,6) | 0,72 |
| Ítem 10 | 5 (5,5) | 29 (31,9) | 18 (19,8) | 20 (22) | 19 (20,9) | 0,80 |
| Ítem 11 | 18 (19,8) | 46 (50,5) | 21 (23,1) | 4 (4,4) | 2 (2,2) | 0,68 |
| Ítem 12 | 8 (8,8) | 22 (24,2) | 23 (25,3) | 20 (22) | 18 (19,8) | 0,68 |
| Ítem 13 | 38 (41,8) | 44 (48,4) | - | 8 (8,8) | 1 (1,1) | 0,57 |
| Ítem 14 | 8 (8,9) | 13 (14,4) | 26 (28,9) | 29 (32,2) | 14 (15,6) | 0,54 |
| Ítem 15 | 21 (23,1) | 42 (46,2) | 14 (15,4) | 13 (14,3) | 1 (1,1) | 0,79 |
| Ítem 16 | 6 (6,6) | 28 (30,8) | 24 (26,4) | 22 (24,2) | 11 (12,1) | 0,74 |
| Ítem 17 | 21 (23,1) | 30 (33) | 15 (16,5) | 18 (19,8) | 7 (7,7) | 0,87 |

*N = Número de participantes; †CT = Totalmente de acuerdo; ‡C = De acuerdo; §N = Neutro; ¶D = En desacuerdo; ¶DT = Totalmente en desacuerdo; **KMO = Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin

El análisis paralelo de Horn sugirió la retención de tres factores (conocimientos y capacidades, contexto y apoyo institucional), considerándose estos como los factores pertinentes del instrumento (Figura 1), lo que llevó a la exclusión de los ítems 4 (identidad profesional),

6 (reforzamiento), 11 (emociones), 12 (influencias sociales) y confirmó la dimensionalidad esperada.

La Tabla 3 presenta el resultado de los factores (n = 3) y los ítems mantenidos en el instrumento final tras la prueba de rotación oblicua (*Oblimin*) y el test del método de extracción.

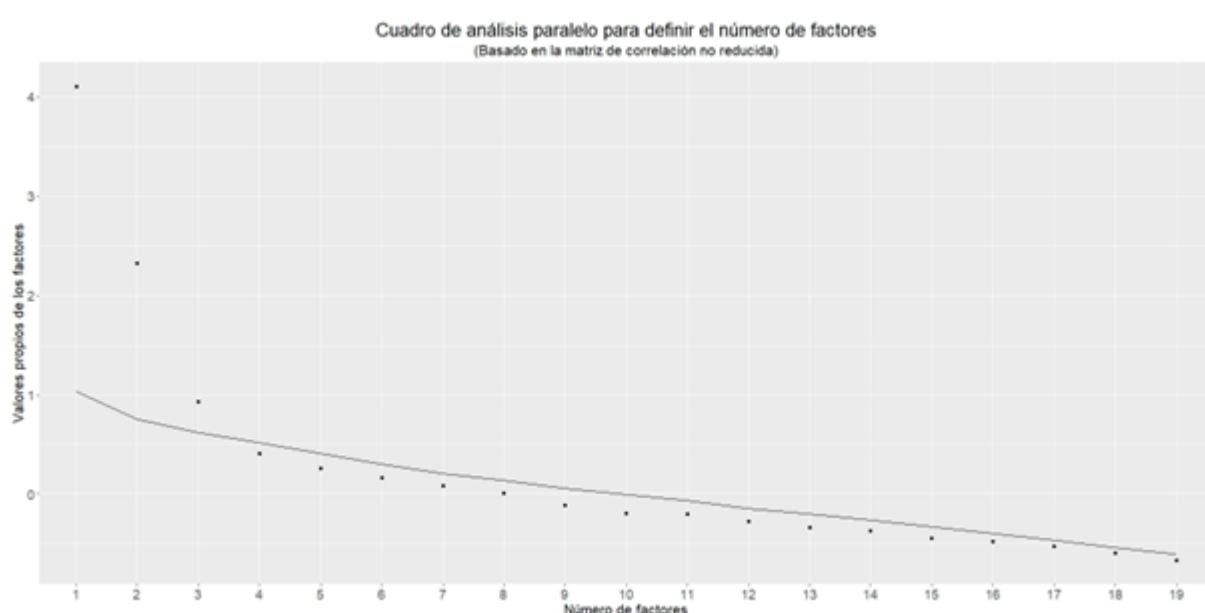


Figura 1 - Cuadro de análisis paralelo para la definición del número de factores pertenecientes al instrumento "Barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida"

Tabla 3 - Matriz de cargas factoriales del instrumento “Barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida”. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2024

| Factor | Ítems | MR1* | MR2 | MR3 |
|-----------------------------------|---------|--------|---------|---------------|
| 1 | Ítem 2 | 0,9161 | 0,0746 | 0,1050 |
| | Ítem 1 | 0,8241 | 0,1107 | 0,0716 |
| | Ítem 3 | 0,7992 | 0,0396 | 0,0293 |
| | Ítem 16 | 0,6929 | 0,0974 | 0,1575 |
| | Ítem 15 | 0,6122 | 0,1319 | 0,1180 |
| | Ítem 17 | 0,5403 | 0,0297 | 0,2700 |
| 2 | Ítem 9 | 0,0515 | 0,9111 | 0,0367 |
| | Ítem 18 | 0,1218 | 0,6045 | 0,0289 |
| | Ítem 10 | 0,0942 | 0,5640 | 0,1150 |
| 3 | Ítem 7 | 0,0749 | -0,0308 | 0,7390 |
| | Ítem 8 | 0,0744 | 0,2479 | 0,7110 |
| <i>SS loadings[†]</i> | | 3,3752 | 1,7282 | 1,3468 |
| <i>Proportion Var[‡]</i> | | 0,3068 | 0,1571 | 0,1224 |
| <i>Cumulative Var[§]</i> | | 0,3068 | 0,4639 | 0,5864 |

*Factor; [†]SS loadings = Sum of squared loadings; [‡]Proportion Var = Proportion variance; [§]Cumulative Var = Cumulative variance

La consistencia interna del instrumento fue evaluada mediante el coeficiente ω de McDonald y considerada buena ($\omega = 0,89$). Los ítems finales fueron entonces

renumerados y agrupados en tres factores, los cuales fueron nombrados para representar mejor sus respectivos dominios (Figura 2).

| Factor | Ítems |
|-----------------------------------|---|
| 1. Capacidad y conocimiento | 1. Tengo preparación (técnica) para realizar acciones de prevención de la violencia autoinfligida. |
| | 2. Sé cómo llevar a cabo acciones de prevención de la violencia autoinfligida. |
| | 3. Me siento seguro(a) y capaz de desarrollar acciones de prevención de la violencia autoinfligida. |
| | 4. Tengo seguridad en la conducta de atención a una víctima de violencia autoinfligida en el servicio donde trabajo. |
| | 5. Busco formas de mejorar mi desempeño para contribuir a la prevención de la violencia autoinfligida. |
| | 6. Sé cuáles servicios de la red (de atención a la salud y otros dispositivos sociales) debo activar para trabajar la prevención de la violencia autoinfligida. |
| 2. Contexto | 7. Mi lugar de trabajo cuenta con recursos físicos y materiales para realizar acciones de prevención de la violencia autoinfligida. |
| | 8. Los servicios de salud disponibles en la red en la que trabajo son suficientes para atender las demandas relacionadas con la violencia autoinfligida. |
| | 9. Mi lugar de trabajo cuenta con recursos humanos para la realización de acciones de prevención de la violencia autoinfligida. |
| 3. Apoyo institucional (refuerzo) | 10. En mi lugar de trabajo, existe alguna meta/indicador relacionado con la prevención de la violencia autoinfligida. |
| | 11. En mi lugar de trabajo existe un protocolo para la prevención de la violencia autoinfligida. |

Figura 2 - Factores y respectivos ítems componentes del instrumento “Barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida”. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2024

Discusión

El presente estudio desarrolló y validó un instrumento para la identificación de barreras y facilitadores para

la prevención de la violencia autoinfligida, basado en el TDF, para su uso en el contexto brasileño. La construcción basada en el TDF se justifica por la escasez de instrumentos brasileños con alto rigor teórico-

metodológico desarrollados para evaluar las barreras y facilitadores en la prevención de la violencia autoinfligida en dicho contexto.

El TDF proporciona una fundamentación científicamente rigurosa para la identificación de factores que pueden actuar como barreras o facilitadores del comportamiento profesional, reflejándose en su práctica. Tal identificación contribuye al mapeo de puntos estratégicos que pueden favorecer la implementación de prácticas basadas en evidencia u otros cambios deseables en los servicios de salud⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Aunque ha sido utilizado mayoritariamente en el desarrollo de instrumentos cualitativos, el TDF ha ganado espacio en la construcción de cuestionarios cuantitativos⁽³⁰⁻³²⁾. Los ítems desarrollados con escala de respuesta tipo Likert pueden facilitar la recolección de datos cuantitativos susceptibles de generalización, permitiendo comparaciones entre diferentes regiones del país. El instrumento presentado tiene como ventaja la combinación entre la cantidad reducida de ítems y la amplitud de constructos del TDF. Además, los elementos cualitativos presentes en el instrumento permiten una mayor comprensión de los factores percibidos por los participantes, promoviendo la posibilidad de que los profesionales expresen especificidades de su experiencia y del lugar donde actúan. La recopilación de esta información en distintos contextos puede generar hallazgos relevantes para implementar intervenciones enfocadas en factores modificables y facilitar la implementación de estrategias de prevención⁽³³⁻³⁴⁾.

Cabe destacar que la literatura internacional señala que las principales barreras y facilitadores conocidos en relación con la prevención de la violencia autoinfligida están relacionadas con la formación de profesionales, creencias y actitudes, cultura institucional, recursos financieros y humanos, apoyo institucional, herramientas de evaluación, políticas públicas y acceso a una atención de calidad⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. El instrumento desarrollado en este estudio permite evaluar estos y otros factores que pueden contribuir o dificultar la prevención del suicidio en distintos contextos.

Una ventaja adicional del instrumento es que las afirmaciones que componen cada ítem pueden ser parcialmente modificadas. Todos los ítems constan de dos partes, siendo una de ellas en negrita, que especifica la característica del dominio del TDF⁽¹⁵⁾, y otra parte que menciona “acciones de prevención de la violencia autoinfligida”, la cual puede ser adaptada para referirse a acciones preventivas específicas, como planes de gestión de crisis, psicoeducación para padres, actividades de prevención en escuelas, entre otros. De este modo, el instrumento puede evaluar acciones preventivas de

manera general o puede ser adaptado parcialmente para centrarse únicamente en una acción específica, como por ejemplo, el plan de gestión de crisis. El ítem 1 “Sé cómo llevar a cabo acciones de prevención de la violencia autoinfligida” podría ser adaptado a “Sé cómo llevar a cabo planes de gestión de crisis”, y los demás ítems podrían ser modificados de forma semejante.

Las limitaciones del estudio están relacionadas con el hecho de que las evaluaciones del instrumento fueron realizadas principalmente por profesionales de la región sudeste de Brasil. Brasil posee un extenso territorio geográfico, caracterizado por su diversidad y singularidades, por lo que resulta relevante que el instrumento también pueda identificar las barreras y facilitadores para la prevención de la violencia autoinfligida en todas las regiones del país.

Este estudio aporta contribuciones relevantes a la ciencia de la implementación, a las políticas públicas y a la mejora de los cuidados en salud mental, al poner a disposición un instrumento validado para el contexto brasileño de forma gratuita. El instrumento es de dominio público y puede ser utilizado por otros investigadores en todo el país sin necesidad de autorización previa de las autoras (siempre que el estudio sea citado adecuadamente). El acceso abierto al instrumento puede facilitar que investigadores de distintas regiones de Brasil lo utilicen en sus respectivos contextos.

Conclusión

Con base en los resultados obtenidos, se concluye que el instrumento presenta buena adecuación y consistencia interna, lo que indica que es confiable para medir los constructos propuestos. Tras la evaluación por expertos en la temática y por el público objetivo del instrumento, la versión final quedó compuesta por 11 preguntas con escala de respuesta tipo Likert y dos preguntas abiertas. El presente estudio resultó en un instrumento de autocompletado, fácil de utilizar y susceptible de adaptaciones para comprender las barreras y facilitadores en la prevención de la violencia autoinfligida en distintos contextos de Brasil. Estos resultados indican la relevancia y la solidez del instrumento para futuras investigaciones, estrategias de prevención y políticas de salud.

Referencias

- Organização Pan-Americana da Saúde. LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. Brasília: OPAS; 2024 [cited 2024 Oct 03]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/61445>

2. World Health Organization. Training manual for surveillance of suicide and self-harm in communities via key informants [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Oct 07]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365481>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 03];55(4):1-17 Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins-epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>
4. Hofstra E, van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;63:127-40. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.011>
5. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Oct 03]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>
6. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *Am J Psychiatry*. 2021;178(7):611-24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
7. Wilson P, Kislov R. Implementation Science. Cambridge: Cambridge University Press; 2022. 56 p. <https://doi.org/10.1017/9781009237055>
8. Mohajerzad H, Martin A, Christ J, Widany S. Bridging the gap between science and practice: research collaboration and the perception of research findings. *Front Psychol*. 2021;12:790451. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.790451>
9. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Res*. 2020;283:112376. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
10. Davis M, Siegel J, Becker-Haines EM, Jager-Hyman S, Beidas RS, Young JF, et al. Identifying common and unique barriers and facilitators to implementing evidence-based practices for suicide prevention across primary care and specialty mental health settings. *Arch Suicide Res*. 2023;27(2):192-214. <https://doi.org/10.1080/1381118.2021.1982094>
11. Kasal A, Táborská R, Juríková L, Grabenhofer-Eggerth A, Pichler M, Gruber B, et al. Facilitators and barriers to implementation of suicide prevention interventions: scoping review. *Glob Ment Health (Camb)*. 2023;10:e15. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.9>
12. Krishnamoorthy S, Mathieu S, Armstrong G, Ross V, Francis J, Reifels L, et al. Implementation of complex suicide prevention interventions: insights into barriers, facilitators and lessons learned. *Arch Suicide Res*. 2025;29(2). <https://doi.org/10.1080/1381118.2024.2368127>
13. Thangada MS, Kasoju R. A systematic review of suicide risk management strategies in primary care settings. *Front Psychiatry*. 2024;15:1440738. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1440738>
14. Dantas ESO. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? *Physis (Rio J)*. 2019;29(3):e290303. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290303>
15. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci*. 2012;7:37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
16. Pasquali L. Principles of elaboration of psychological scales. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;25(5):206-13. Available from: <https://ppget.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
17. Elsman EBM, Mokkink LB, Terwee CB, Beaton D, Gagnier JJ, Tricco AC, et al. Guideline for reporting systematic reviews of outcome measurement instruments (OMIs): PRISMA-COSMIN for OMIs 2024. *J Clin Epidemiol*. 2024;173:111422. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111422>
18. Revelle W. Psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. R package version 2.3.9 [Internet]. Evanston, IL: Northwestern University; 2023 [cited 2024 Oct 28]. 2023. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
19. Polit D, Beck C, Owen S. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
20. McCray G. Assessing inter-rater agreement for nominal judgement variables. In: Language Testing Forum; 2013 Nov 15-17; Nottingham, England.
21. Pasquali L, organizator. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999. 306 p.
22. Hutcheson GD, Sofroniou N. The multivariate social scientist: introductory statistics using generalized linear models. London: Sage; 1999. 288 p.
23. Field A. Discovering Statistics Using SPSS. 2. ed. London: Sage; 2005. 816 p.
24. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 5. ed. Boston, MA: Allyn and Bacon; 2006. 980 p.
25. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*. 1932;22(140):55.
26. Dalmore M, Vieira KM. Dilemmas of the type Likert scales construction: does the number of items and the disposition influence results? *RGO*. 2013;6(3):161-74. <https://doi.org/10.22277/rgo.v6i3.1386>

27. Echevarria-Guanilo ME, Gonçalves N, Romanoski PJ. Psychometric properties of measurement instruments: conceptual basis and evaluation methods - part II. Texto Contexto Enferm. 2019;28:e20170311. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-tce-2017-0311>
28. Abell B, Naicker S, Rodwell D, Donovan T, Tariq A, Baysari M, et al. Identifying barriers and facilitators to successful implementation of computerized clinical decision support systems in hospitals: a NASSS framework-informed scoping review. Implement Sci. 2023;18(1):32. <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01287-y>
29. Correa VC, Lugo-Agudelo LH, Aguirre-Acevedo DC, Contreras JAP, Borrero AMP, Patiño-Lugo DF, et al. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. Health Res Policy Syst. 2020;18:74. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00588-8>
30. Cunningham S, Jebara T, Stewart D, Smith J, Leslie SJ, Rushworth GF. Using the theoretical domains framework to explore behavioural determinants for medication taking in patients following percutaneous coronary intervention. Int J Pharm Pract. 2023;31(2):190-7. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riac039>
31. Wong E, Mavondo F, Horvat L, McKinlay L, Fisher J. Healthcare professionals' perspective on delivering personalised and holistic care: using the Theoretical Domains Framework. BMC Health Serv Res. 2022;22:281. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07630-1>
32. Lynch T, Ryan C, Presseau J, Foster DE, Huff C, Bennett K, et al. Development and validation of a theory-based questionnaire examining barriers and facilitators to discontinuing long-term benzodiazepine receptor agonist use. Res Social Adm Pharm. 2024 Feb 1;20(2):163-71. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.10.015>
33. Spitzner DJ, Meixner C. Mixed methods research in global public health. In: Liamputpong P, editor. Handbook of social sciences and global public health. Cham: Springer; 2023. https://doi.org/10.1007/978-3-030-96778-9_52-1
34. Silva DA, Marcolan JF. Suicide attempts and suicide in Brazil: an epidemiological analysis. Florence Nightingale J Nurs. 2021;29(3):294-302. <https://doi.org/10.5152/FNJN.2021.21035>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giacchero Vedana. **Obtención de datos:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giacchero Vedana. **Análisis e interpretación de los datos:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giacchero Vedana. **Ánalysis estadístico:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giacchero Vedana. **Obtención de financiación:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giacchero Vedana. **Redacción del manuscrito:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giacchero Vedana. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giacchero Vedana.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflictos de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 02.11.2024

Aceptado: 15.04.2025

Editora Asociada:
Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY. Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que se reconozca la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autora de correspondencia:

Amanda Sarah Vanzela

E-mail: amanda.vanzela@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0003-3535-5621>