



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud.

Tesis doctoral:

Análisis de la influencia del Comportamiento disruptivo en la comunicación interprofesional enfermero/a-médico y la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.

Autor:

Pedro Moreno Leal

Directores:

Dr. D. César Leal Costa

Dra. Dña. Adriana Catarina De Souza Oliveira

Murcia, mayo de 2024



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud.

Tesis doctoral:

Análisis de la influencia del Comportamiento disruptivo en la comunicación interprofesional enfermero/a-médico y la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.

Autor:

Pedro Moreno Leal

Directores:

Dr. D. César Leal Costa

Dra. Dña. Adriana Catarina De Souza Oliveira

Murcia, mayo de 2024



AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. César Leal Costa y la Dra. Adriana Catarina de Souza Oliveira como directores de la Tesis Doctoral titulada “Análisis de la influencia del Comportamiento disruptivo en la comunicación interprofesional enfermero/a-médico y la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario” realizada por D. Pedro Moreno Leal en el Departamento de Ciencias de la Salud, autoriza su presentación a trámite dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa. Lo que firmo, para dar cumplimiento a los Reales Decretos 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 2 de mayo de 2024. Lo que firmo, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011 de 28 de enero, en Murcia a 22 de mayo de 2024.

Firmado por CESAR LEAL
COSTA - NIF:***3012**
el día 22/05/2024 con
un certificado emitido
por ACCVCA-120

Dr. D. César Leal Costa

Firmado por ADRIANA
CATARINA DE SOUZA
OLIVEIRA - NIF:***3592**
el día 22/05/2024 con un
certificado emitido por
ACCVCA-120

Dra. D^a. Adriana Catarina de Souza Oliveira

(*) Si la Tesis está dirigida por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es un tributo lleno de gratitud hacia mi familia, amigos, compañeros y cada individuo que ha caminado a mi lado durante este largo y, en ocasiones, arduo sendero.

A mi madre Amalia, un faro de amor y fortaleza, cuya dedicación inquebrantable y apoyo constante han sido mi inspiración. A mi padre, Pedro, y a mis abuelos Juan, Josefa, Pedro y Teresa, cuyo legado perdura en cada paso que doy. Aunque físicamente no estén, siento su presencia y aliento en cada logro. Nunca me he sentido solo, gracias por iluminar mi camino con vuestro amor incondicional.

A mis ahijados, Álvaro y Lucía, y a mi tía Pepi, mi mayor motivación y razón para perseverar. Que este trabajo sea un testimonio de que el esfuerzo y la dedicación siempre encuentran su recompensa en esta vida.

A Rocío, mi compañera de vida y confidente, que ha compartido cada momento, incluso los más estresantes, con una paciencia y amor infinitos.

A César y Adriana, quienes me han mostrado que el aprendizaje es un viaje sin fin y que los desafíos más grandes son los que nos hacen crecer y valorar cada paso del camino. Gracias por vuestra paciencia y apoyo incondicional en los momentos más difíciles.

A mis compañeros de trabajo y a todos los profesionales que han contribuido a este estudio, gracias por confiar en mí y permitirme ser su voz. Vuestra colaboración ha sido fundamental en este proceso.

A las direcciones de los centros hospitalarios de la Comunidad de Murcia que han participado en este estudio, mi más sincero agradecimiento por su colaboración, dedicación y atención.

A Raquel, mi sostén inquebrantable, cuya ayuda y apoyo incondicional han sido mi refugio en los momentos de mayor agotamiento.

A todos ustedes, mi eterna gratitud. Sin su apoyo y aliento, este logro nunca habría sido posible. Gracias por ser parte de este viaje y por compartir conmigo este momento tan especial.

“El aprendizaje es experiencia. Todo lo demás es información.”

Albert Einstein (1879-1955)

*“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado, un esfuerzo total
es una victoria completa.”*

Mahatma Gandhi (1869-1948)

RESUMEN

Introducción: El comportamiento disruptivo en el ámbito sanitario afecta negativamente las relaciones laborales, la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Aunque es común entre los profesionales de la salud, la falta de instrumentos para su análisis en hospitales españoles es evidente. **Objetivos:** Examinar la evidencia científica disponible sobre el comportamiento disruptivo en entornos hospitalarios. Adaptar culturalmente y validar la '*Nurse-Physician Relationship Scale: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care*'. Analizar la percepción de los profesionales de la salud sobre los comportamientos disruptivos y los factores relacionados con el clima de seguridad del paciente en la interacción entre enfermeras y médicos en el contexto hospitalario. **Método:** La tesis presentada corresponde a un compendio de publicaciones académicas que sigue las directrices de la UCAM al respecto (3 artículos científicos indexados en JCR o SJR). Cada uno de los artículos contempla una metodología específica que sigue la misma línea de análisis de la tesis, el análisis del comportamiento disruptivo en el ámbito sanitario. **Resultados:** Los datos de la revisión revelan que los comportamientos disruptivos son frecuentes entre los profesionales de la salud, lo que compromete la calidad y seguridad de la atención y puede tener efectos adversos. Durante la adaptación y validación de la escala, se encontró que un ítem tenía un valor de RI de 0.72, aunque con un valor de PI de 0.81, decidiéndose mantenerlo. El IVC de todos los ítems fue >0.80 , validando el instrumento. En el estudio aplicado, las conductas disruptivas fueron más comunes en la UCI (81.6%) y en urgencias (67.8%). Los profesionales identificaron el miedo a las represalias como la principal barrera para la notificación. Además, el estrés y la frustración están asociados con el comportamiento disruptivo y afectan al clima de seguridad. **Conclusiones:** Los resultados de la revisión muestran que las conductas disruptivas comprometen la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la salud física y mental de

los profesionales de la salud. Se evidenció la falta de herramientas para analizar estas dimensiones en el entorno sanitario. El instrumento adaptado al contexto español es útil para evaluar las conductas disruptivas en las relaciones enfermera-médico y su impacto en la atención al paciente, como se demostró en el segundo estudio. En el tercer estudio, se aplicó el instrumento validado, revelando un impacto negativo en los resultados clínicos. Se identificaron la edad y el tipo de servicio como factores sociolaborales relevantes. El estrés, la frustración y los problemas de comunicación son los principales influenciadores del clima de seguridad.

Palabras clave: Hospitales, Comunicación, Comportamiento, Seguridad del paciente, Calidad de la Atención de Salud, Relaciones Médico-Enfermero

ABSTRACT

Introduction: Disruptive behaviour in healthcare negatively affects labour relations, quality of care and patient safety. Although it is common among healthcare professionals, the lack of instruments for its analysis in Spanish hospitals is evident. **Objectives:** To examine the available scientific evidence on disruptive behaviour in hospital settings. To culturally adapt and validate the 'Nurse-Physician Relationship Scale: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care'. To analyse health professionals' perception of disruptive behaviour and factors related to the patient safety climate in the interaction between nurses and doctors in the hospital context. **Method:** The thesis presented corresponds to a compendium of academic publications that follows the UCAM guidelines in this respect (3 scientific articles indexed in JCR or SJR). Each of the articles contemplates a specific methodology that follows the same line of analysis of the thesis, the analysis of disruptive behaviour in the healthcare field. **Results:** The review data reveal that disruptive behaviours are frequent among healthcare professionals, which compromises the quality and safety of care and can have adverse effects. During the adaptation and validation of the scale, one item was found to have an RI value of 0.72, although with a PI value of 0.81, and it was decided to keep it. The CVI of all items was >0.80 , validating the instrument. In the applied study, disruptive behaviours were more common in the ICU (81.6%) and in the ED (67.8%). Professionals identified fear of retaliation as the main barrier to reporting. In addition, stress and frustration are associated with disruptive behaviour and affect the safety climate. **Conclusions:** The results of the review show that disruptive behaviours compromise the quality of care, patient safety and the physical and mental health of health professionals. The lack of tools to analyse these dimensions in the healthcare setting was evident. The instrument adapted to the Spanish context is useful for assessing disruptive behaviours in nurse-doctor relationships and their impact on patient care, as

demonstrated in the second study. In the third study, the validated instrument was applied, revealing a negative impact on clinical outcomes. Age and type of service were identified as relevant socio-occupational factors. Stress, frustration and communication problems are the main influencers of safety climate.

Key words: Hospitals, Communication, Behavior, Safety of the patient, Quality of Health Care, Physician-Nurse Relations

ÍNDICE

RESUMEN..... 11

ABSTRACT..... 13

COMPENDIO DE PUBLICACIONES..... 26

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN..... 30

1.1. Antecedentes del comportamiento disruptivo y sus definiciones en el entorno sanitario 30

1.2. Causas del comportamiento disruptivo y factores asociados..... 38

1.2.1. Violencia horizontal y vertical 38

1.2.2. Factores asociados a los comportamientos disruptivos..... 40

 1.2.2.1. Conceptos de poder y autoridad asociados a los comportamientos disruptivos..... 40

 1.2.2.2. Influencia de las percepciones personales en los comportamientos disruptivos..... 42

 1.2.2.3. Género, cultura y etnia..... 44

 1.2.2.4. Formación y carga de trabajo asociados a los comportamientos disruptivos..... 46

1.3. Los comportamientos disruptivos y su impacto en la atención sanitaria	48
.....	48
1.3.1 Impacto de los comportamientos disruptivos en la seguridad del paciente y repercusión asociada a daños al paciente	48
.....	48
1.3.1.1. Repercusión en la dimensión de la comunicación y la relación interprofesional	53
.....	53
1.3.1.2. Repercusión asociada a la dimensión del trabajo en equipo ...	57
.....	57
1.3.2. Impacto de los comportamientos disruptivos en las relaciones enfermero/a-médico	60
.....	60
1.4. Instrumentos para medir los comportamientos disruptivos en el ámbito sanitario.	64
.....	64
1.5. Prevención de los comportamientos disruptivos y estrategias de mejora	67
.....	67
CAPÍTULO II. OBJETIVOS	75
.....	75
2.1. Objetivos del estudio N° 1	75
.....	75
2.2. Objetivos del estudio N° 2	75
.....	75
2.3. Objetivos del estudio N° 3	75
.....	75
CAPÍTULO III. VISIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS	78
.....	78
3.1. ESTUDIO N° 1:	78
.....	78
<i>Resumen</i>	78
.....	78

PEDRO MORENO LEAL	18
Abstract	79
3.2. ESTUDIO N° 2:	80
<i>Resumen</i>	80
<i>Abstract</i>	81
3.3. ESTUDIO N° 3:	82
<i>Resumen</i>	82
<i>Abstract</i>	84
CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS	87
4.1. Comportamiento disruptivo en los hospitales y factores asociados a una atención más segura: Una revisión sistemática	87
4.1.1. Criterios de elegibilidad	87
4.1.2. Fuentes de información y búsqueda bibliográfica	88
4.1.3. Extracción de datos	89
4.1.4. Evaluación del riesgo de sesgo	89
4.1.5. Análisis y síntesis de los datos	89
4.2. Estudio metodológico de Adaptación transcultural del instrumento “Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior in Patient Care” al contexto español.	90
4.2.1. Fase 1: Adaptación transcultural	93

ÍNDICE	19
4.2.2. Fase 2: Análisis de la validez de contenido a través de un comité de expertos.....	93
4.2.3. Fase 3: Test–Retest (validación)	97
4.2.4. Aspectos éticos	97
4.3. Estudio sobre el comportamiento disruptivo y los factores asociados al clima de seguridad del paciente, percepción de enfermeros y médicos.	98
4.3.1. Participantes.....	98
a) Criterios de inclusión y exclusión.....	98
4.3.2. Instrumento	99
4.3.3. Análisis de datos	100
4.3.4. Aspectos éticos	102
CAPÍTULO V. RESULTADOS	105
5.1. Resultados específicos del objetivo 1	105
5.2. Resultados específicos del objetivo 2	107
5.3. Resultados específicos del objetivo 3	111
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN.....	123
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES.....	142
7.1. Conclusiones del estudio N° 1.....	142

<u>PEDRO MORENO LEAL</u>	<u>20</u>
7.2. Conclusiones del estudio N° 2.....	142
7.3. Conclusiones del estudio N° 3.....	143
CAPÍTULO VIII. LIMITACIONES.....	147
8.1. Limitaciones del estudio N° 1.....	147
8.2. Limitaciones del estudio N° 2.....	147
8.3. Limitaciones del estudio N° 3.....	147
CAPÍTULO IX. APLICACIONES PRÁCTICAS.....	151
CAPÍTULO X. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	155
CAPÍTULO XI. BIBLIOGRAFÍA.....	162
CAPÍTULO XII. ANEXOS.....	203
Anexo 1: Instrumento original “Nurse Physician Survey relationship: Impact of disruptive behaviour on patient care”	206
Anexo 2: Autorización Rosenstein	212
Anexo 3: Matriz de composición de los ítems finales según el Comité de Expertos	214
Anexo 4: Cuestionario adaptado - Versión español/España	220
Anexo 5: Autorizaciones	228

<u>ÍNDICE</u>	<u>21</u>
Anexo 6: Publicaciones	239

SIGLAS Y ABREVIATURAS

CCI	: Coeficiente de Correlación Intraclase
CD	: Comportamiento disruptivo
DE	: Desviaciones estándar
IA	: Inteligencia artificial
IP	: Índice de Pertinencia
IR	: Índice de Relevancia (IR) y el
IVC	: Índice de Validez de Contenido
JH-DCBS	: Encuesta sobre Comportamiento Clínico Disruptivo de Johns Hopkins
K	: Coeficiente de competencia
KC	: Coeficiente de conocimiento
Ka	: Coeficiente de argumentación
NBHC	: Negative Behavior in Healthcare Survey
SO-DIC-OR	: Simultaneous Observation of Distractions and Communication in the Operating Room
UCI	: Unidades de cuidados intensivos

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Puntuación de las fuentes de argumentación para obtener el "coeficiente de argumentación" (Ka).....	96
Tabla 2. Índice de Relevancia (IR) e Índice de Pertinencia (IP) de los ítems de la Escala	109
Tabla 3. Características de la muestra estudio N° 3	112
Tabla 4. Análisis univariante y multivariante para la percepción del entorno de la relación médico – enfermera. (método intro).....	114
Tabla 5. Frecuencia de haber presenciado comportamiento disruptivo	115
Tabla 6. Percepción de la severidad de los problemas ocasionados por los comportamientos disruptivos.....	117
Tabla 7. ¿Con qué frecuencia cree que el comportamiento disruptivo provoca lo siguiente? Diferencia entre médicos y enfermeras	119

ÍNDICE 25

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. *Esquema del proceso* 92

COMPENDIO DE PUBLICACIONES

Esta tesis es un compendio de tres trabajos, a continuación, se detallan las referencias íntegras de los artículos en cuestión:

ARTÍCULO Nº 1

Pedro Moreno-Leal, César Leal-Costa, José Luis Díaz-Agea, Ismael Jiménez-Ruiz, Antonio Jesús Ramos-Morcillo, María Ruzafa-Martínez, Adriana Catarina De Souza Oliveira. "Disruptive Behavior at Hospitals and Factors Associated to Safer Care: A Systematic Review"

REVISTA: Healthcare

CATEGORIA: Health Care Sciences & Services (SCIE), Health Policy & Services (SSCI)

RANKING JCR: 62/102 (Q2); 45/87 (Q2)

JOURNAL IMPACT FACTOR: 2.8

ARTÍCULO Nº 2

Pedro Moreno-Leal, César Leal-Costa, José Luis Díaz-Agea, Ismael Jiménez Ruiz, María Suarez-Cortés, Adriana Catarina De Souza Oliveira. "Cross-Cultural Adaptation of the Instrument "Nurse-Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior in Patient Care" to the Spanish Context"

REVISTA: Healthcare

CATEGORIA: Health Care Sciences & Services (SCIE), Health Policy & Services (SSCI)

RANKING JCR: 62/102 (Q2); 45/87 (Q2)

JOURNAL IMPACT FACTOR: 2.8

ARTÍCULO Nº 3

Pedro Moreno-Leal, César Leal-Costa, José Luis Díaz-Agea, María de los Ángeles Castaño-Molina, María Belén Conesa-Ferrer, Adriana Catarina De Souza-Oliveira. "Disruptive Behavior and Factors Associated with Patient Safety Climate: A Cross-Sectional Study of Nurses' and Physicians' Perceptions"

REVISTA: Journal of Nursing Management

CATEGORIA: Nursing, Management

RANKING JCR: 3/123 (Q1); 89/227 (89/227)

JOURNAL IMPACT FACTOR: 5.5

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes del comportamiento disruptivo y sus definiciones en el entorno sanitario

Históricamente, a lo largo del tiempo, hay registros que revelan que los comportamientos disruptivos no son fenómenos recientes. Según Piper (2003) (1), hace más de un siglo, los comportamientos disruptivos ya estaban presentes en los registros del ámbito sanitario, aunque no eran identificados bajo el término "comportamiento disruptivo" como lo conocemos en la actualidad. En sus estudios, señala que estos registros documentan los comportamientos disruptivos (CDs, en adelante) de los médicos, destacando la importancia de comprender las consecuencias negativas asociadas y la necesidad de desarrollar estrategias para su gestión, tanto en términos de prevención como de control. Durante un extenso periodo de tiempo, estos comportamientos fueron observados desde una perspectiva exclusivamente médica, de forma personalizada e individual de la categoría "médicos", aislado de otros factores, dimensiones u otra relación laboral. Fueron etiquetados como "médicos conflictivos" (2).

No obstante, el reconocimiento y la comprensión de los CDs en el ámbito sanitario han evolucionado, cambiando la perspectiva de problemas individuales y de categorías aisladas a ser entendidos como fenómenos multicausales e interrelacionados con muchos factores, que conlleva a la necesidad implementar estrategias de gestión a nivel de la prevención y control de los CDs.

Hollowell (1978) (3) destacó los riesgos inherentes a los CDs entre los médicos y su impacto en la prestación de atención sanitaria. Este estudio pionero fue uno de los primeros en poner de relieve la importancia de abordar los desafíos

relacionados con los CDs dentro de los entornos médicos. Proporcionó una visión crítica de cómo los CDs pueden influenciar en la eficacia y la calidad de la atención médica, afectando negativamente tanto a los pacientes como al personal sanitario. Desde ese momento, se reconoció que los conflictos interpersonales, la falta de colaboración y otros CDs pueden generar un ambiente laboral tenso y disfuncional, generando una barrera en la atención sanitaria efectiva y segura. Marcó el comienzo de una creciente conciencia sobre la importancia de abordar los CDs en el ámbito de la atención sanitaria. Desde entonces, se han realizado estudios y se han implementado medidas para comprender y gestionar mejor estos comportamientos, con el objetivo de promover un entorno de trabajo más colaborativo y una atención médica de calidad.

Sin embargo, este tipo de comportamientos ha sido analizado desde diversas perspectivas, aunque todas coinciden en que pueden definirse aproximadamente como acciones que rompen las normas sociales (4). Se utiliza para referirse a insultos, interrupciones, acoso, intimidación, amenazas, golpes, robos, mentiras y otras acciones "socialmente inapropiadas", "ofensivas" o "dañinas" (5). El CD afecta el bienestar de las partes afectadas a nivel mundial puede ser evidente (6). Quizás menos evidente es el impacto de la disrupción en los perpetradores, respaldado por investigadores que consideran al comportamiento disruptivo tanto como causa como consecuencia de los problemas y conflictos personales a largo plazo (5,7,8).

Las conductas o CDs son problemáticos, simplemente, porque se experimentan como tales, y también porque esas experiencias pueden generar dificultades interpersonales bastante problemáticas, como demostró tan acertadamente Garfinkel (9) en sus experimentos clásicos al respecto.

En este sentido, es útil distinguir entre tres formas diferentes de conducta disruptiva que podemos encontrar en el comportamiento humano:

- a) *Comportamiento disruptivo objetivo*: conducta considerada disruptiva por una mayoría de la sociedad. Ejemplos incluyen asesinato, robo, violación, etc. (10).
- b) *Comportamiento disruptivo subjetivo*: conducta que una persona considera disruptiva o inaceptable para sí misma. Puede no coincidir con las normas sociales predominantes. Por ejemplo, una persona puede considerar que no pagar impuestos es moralmente aceptable mientras que la sociedad en general lo considera inaceptable (10).
- c) *Comportamiento disruptivo normativo*: conducta que va en contra de las normas sociales o legales establecidas. Esto puede incluir comportamientos que son objetivamente disruptivos pero que no se consideran disruptivos por el individuo que los lleva a cabo (11).

Estas tres formas de conducta disruptiva pueden solaparse o ser independientes entre sí. Por ejemplo, alguien puede cometer un acto que sea objetivamente disruptivo y que también viole sus propias normas personales. También es importante tener en cuenta que las normas sociales y culturales cambian con el tiempo, lo que puede influir en lo que se considera disruptivo en una sociedad en particular en un momento dado (11).

Los CDs pueden ser vistos como un fenómeno multifacético que va más allá de una simple descripción de comportamiento problemático (12). Implica consideraciones psicológicas, sociales y culturales que influyen en cómo se

perciben y abordan estos comportamientos en diferentes contextos, como es el caso del ámbito sanitario (13).

La dinámica de CD puede ser especialmente relevante en entornos sanitarios y en las relaciones entre profesionales de la salud, ya sea por el desarrollo de una comunicación deficiente (falta de escucha activa, interrupciones constantes o la falta de claridad en las instrucciones) que puede obstaculizar la comunicación entre los profesionales de la salud (14), lo que a su vez puede afectar negativamente la calidad de la atención, o por la falta de colaboración, ejemplificado como la resistencia a trabajar en equipo, la falta de cooperación o la negativa a compartir información, lo cual puede socavar la colaboración y la coordinación del cuidado (15).

También puede generar un entorno laboral tóxico, centrándose en el acoso, la intimidación, la crítica constante o la falta de apoyo entre colegas pueden contribuir a altos niveles de estrés, agotamiento y disminución de la moral del personal (16). Al mismo tiempo que proliferan los malentendidos, la falta de seguimiento de los protocolos y la negligencia pueden tener consecuencias graves para los pacientes y el personal sanitario (17).

Todo ello, puede tener un impacto en la calidad de la atención, porque puede interferir con la toma de decisiones clínicas, la implementación de tratamientos y la adherencia a las mejores prácticas médicas. Los conflictos interpersonales y la falta de confianza entre los profesionales pueden socavar la efectividad del equipo en la prestación de cuidados de salud óptimos (18).

Sin embargo, al centrarnos específicamente en los entornos laborales, resulta imperativo abordar la conceptualización de dicho comportamiento en el ámbito

sanitario. En este sentido, es fundamental comenzar por establecer las definiciones primordiales al respecto, para luego proceder con la descripción detallada de los distintos tipos que pueden observarse en este contexto.

Dentro del ámbito sanitario, el CD se puede entender como cualquier comportamiento o conducta que interfiere con la atención y la calidad de la misma percibida por el paciente (19). en esta línea se pronuncian también Meneses et al. (20):¹

“En el centro de estos comportamientos yace el comportamiento disruptivo, definido como conducta, ya sea verbal o física, que afecta o podría afectar negativamente la atención al paciente. Estallidos de ira, represalias contra un compañero de trabajo y comentarios que socavan la confianza de un profesional de la salud en brindar atención al paciente son ejemplos de este tipo de comportamiento.” (p. 691)

De esta forma, los CDs dentro del entorno sanitario incluyen conductas manifiestas y encubiertas de cualquier persona que amenace el desempeño, tanto individual, como del equipo de atención médica. Las formas más comunes de CD en la atención sanitaria son el abuso verbal o físico, y la intimidación o acoso (21). Algunos ejemplos de comportamientos de este tipo son los siguientes (22):

- Utilizar un lenguaje amenazante o abusivo.
- Utilizar un lenguaje vulgar o que no contemple el daño que ocasiona al resto.

¹ Traducción propia

- Hacer comentarios denigrantes o degradantes sobre otros trabajadores.
- Comentarios sexuales, insultos raciales, étnicos o socioeconómicos.
- Humillar a los miembros del equipo, a los pacientes, a los familiares y al resto del personal del hospital.
- Proferir comentarios que socavan la confianza.
- Realizar gestos o expresiones físicas que denoten disgusto o enfado.
- Enviar correos electrónicos o mensajes de texto desagradables.
- Negarse a ayudar a los demás.
- Ignorar los intentos de comunicación y diálogo entre compañeros
- No atender (de manera intencionada, a las políticas y procedimientos de la organización).
- Negarse a completar las tareas o llevar a cabo los deberes acordes a su labor profesional.
- Lanzar objetos a otros miembros del personal.
- Agredir físicamente al resto de compañeros, por ejemplo, golpes, empujones, portazos.
- Agresión verbal, por ejemplo, gritos, insultos, arrebatos.
- Intimidación o acoso a otros compañeros.

Cualquiera de estas acciones se puede considerar como CD en la atención sanitaria (22). No obstante, como consecuencia de las diferencias de niveles de poder del personal médico en la atención sanitaria, los médicos suelen ser el principal foco de CD debido a su estatus (23). Sin embargo, cualquier individuo o trabajador del equipo puede tener CDs, incluso los familiares, o los profesionales que no forman parte del equipo de manera habitual (24).

Por tanto, algunos de los individuos que pueden presentar este tipo de comportamiento son los siguientes (24):

- Directores de departamentos o unidades.
- Médicos.
- Enfermeras.
- Ayudantes.
- Pacientes.
- Otros intervinientes del entorno sanitario (comerciales, visitantes, etc.).

En lo que respecta a los niveles de CD en la atención sanitaria, podemos apreciar que las acciones que se engloban dentro del CD se pueden clasificar en tres niveles en función de la situación de poder de los perpetradores y las víctimas:

- a) Supervisión disruptiva (25).
- b) Disrupción del mismo nivel (acoso o CDs horizontales) (26).
- c) Acoso (o mobbing) (27).

Referente a la supervisión disruptiva, esta se produce cuando los supervisores tienen un CD continuado hacia el personal (25). Por otra parte, en lo que respecta al acoso o CDs del mismo nivel u horizontal, este tiene lugar cuando el CD se produce en contra de un individuo del mismo nivel de poder, como el conflicto entre enfermeras (26). Finalmente, podemos encontrar el acoso o mobbing, que tiene lugar cuando los CDs provienen de un grupo que se dirige a un individuo de cualquier nivel de poder (27).

Por otra parte, es importante tener en cuenta que, un CD dentro de las organizaciones de salud puede estar correlacionado con la cantidad de errores de medicación debido a la falta de comunicación (28).

La investigación ha demostrado que existe una relación entre el CD de la persona que está a cargo del cuidado de la salud de los pacientes, y los resultados adversos en la atención y recuperación de los mismos (29,30). Este tipo de CDs también pueden repercutir negativamente en la seguridad del paciente a través de la ruptura de la comunicación y la colaboración del equipo (24).

Así mismo, estos comportamientos incrementan el coste de la atención y hace que los trabajadores de todos los niveles intenten reubicarse, pidiendo traslados, solicitando trabajo en otros lugares, u opten por la baja médica (31).

A tenor de este problema, han sido diversos los organismos y expertos que han abogado por promover el conocimiento del mismo, de forma que se incremente la conciencia individual y organizacional de los riesgos de seguridad causados por el CD en la atención médica (32), al mismo tiempo que se abordan las causas que promueven el citado comportamiento.

1.2.Causas del comportamiento disruptivo y factores asociados

1.2.1. *Violencia horizontal y vertical*

La intimidación va más allá de la falta de respeto ambivalente a la incivilidad, porque es un maltrato intencional e intenso dirigido a individuos o grupos particulares (por ejemplo, auxiliares de enfermería, profesionales recién egresados). Algunos autores consideran estos dos CDs como formas de violencia horizontal / lateral, y vertical (33,34).

La violencia horizontal y vertical incluye todos los actos de falta de amabilidad, descortesía, sabotaje, división, luchas internas, falta de cohesión, búsqueda constante de un chivo expiatorio y crítica. Existe una historia de tolerancia e indiferencia a los comportamientos intimidatorios y disruptivos en la atención médica. Como consecuencia, los centros y organizaciones que no abordan el comportamiento no profesional a través de sistemas formales lo están promoviendo indirectamente (26).

La violencia horizontal ocurre entre dos miembros de un equipo con formación y rango similar. La violencia vertical proviene de personas en una posición de autoridad, la cual usan como arma contra un subordinado. Tales acciones podrían incluir un director que no permite vacaciones a cierto trabajador, lo que se convierte en una carga de trabajo más pesada para "darles mayor experiencia", o proporcionar horarios preferenciales a otros profesionales por afinidades o conveniencia (35).

Lewis et al. (36) trasladó que los agresores más comunes son generalmente profesionales de enfermería senior, gerentes y supervisores de auxiliares. La violencia manifiesta era bastante obvia e incluía formas como criticar

constantemente a un miembro del equipo frente a otros o incluso gritar a otra persona o maltrato físico. La violencia encubierta incluía actos como hablar detrás de la otra persona, bloquear u omitir información que ayudaría a un colega a hacer su trabajo, o aislar a un compañero de las actividades grupales.

En su estudio, el menospreciar o criticar a un compañero de menor rango representaba el más del 58%, de la violencia horizontal, molestar a los recién egresados o personal en prácticas supuso más del 60%), quejarse o hablar mal del resto de compañeros supuso más del 75%, hacer expresiones faciales negativas más del 64%, las disputas contaron con más del 51%, mientras que omitir ayuda se posicionó en el 31%, y / o culpabilizar a los miembros recién incorporados el 33% (36).

Pero este no es un fenómeno actual, ya que la violencia horizontal y vertical que evidencian los entornos sanitarios ha sido un problema que se ha venido experimentado durante años, por ende, existen estudios de hace más de una década que ya reflejaban la magnitud del problema (37,38), pero recientemente ha pasado a primer plano debido al rol que desempeña la sanidad en la sociedad como consecuencia de la reciente crisis sanitaria (39,40).

La violencia horizontal se encuentra en todos los aspectos y especialidades de la atención sanitaria. Su presencia disminuye la moral y afecta a todos los miembros del equipo en cuanto a su salud física, mental y emocional (41). Cuando los miembros del equipo se hostigan y acosan entre sí, los resultados finales son insatisfacción laboral, estrés psicológico y físico, resultados clínicos reducidos, rotación de empleados, nula comunicación y finalmente errores que afectan a la seguridad de los pacientes (41,42).

En dicho contexto es donde los daños colaterales hacen que tal problema se convierta en un tema que se debe abordar y tratar de erradicar. Partiendo de la base de que uno de los principales distintivos del CD es la falta de comunicación entre compañeros. A tenor de ello, resulta esencial analizar cómo esta puede influir en la finalidad de la atención sanitaria que es la garantía de la calidad en atención.

1.2.2. Factores asociados a los comportamientos disruptivos

1.2.2.1. Conceptos de poder y autoridad asociados a los comportamientos disruptivos

Es importante considerar algunos elementos o términos específicos para analizar las causas de los CDs, como es el caso de los conceptos de poder y autoridad. La percepción de poseer poder y/o de ceder ante el poder contribuye a la aceptación prolongada de los CDs. Dado que los médicos han ocupado durante mucho tiempo posiciones de poder dentro de los sistemas sanitarios, debido a que se les considera generadores de ingresos para el hospital (22), sus conductas disruptivas pueden ser ignoradas, o el médico puede ser tratado con más indulgencia que otros miembros del personal (43).

Así mismo, los médicos que presentan este tipo de comportamientos pueden ser muy competentes desde el punto de vista clínico, e incluso los más capacitados en su especialidad (44). Esto da lugar a que los administradores y directores de los centros sanitarios, refuercen la continuación de estos comportamientos cediendo a las demandas del médico, con el fin de preservar el citado valor profesional del mismo (45).

Aunque este proceso se aceptaba en el pasado, estos comportamientos de los médicos se consideran ahora conductas disruptivas (46). Este cambio en el concepto de poder dentro de la atención sanitaria, se ha producido como consecuencia del reconocimiento del valor del trabajo en equipo y la responsabilidad individual (47), situación que deriva en la frustración del médico y la pérdida de autonomía de las acciones del mismo, lo que puede dar lugar a más conductas disruptivas.

A diferencia de los médicos, el colectivo enfermero ha carecido históricamente de toma de decisión en el entorno sanitario. Esto se debe a que se ha teorizado que esta autonomía desempeña un papel en el CD de las enfermeras. Tradicionalmente, la violencia horizontal se ha asociado al comportamiento de los grupos oprimidos (48).

La enfermería ha sido descrita como un grupo oprimido porque la profesión es principalmente femenina y ha estado bajo el dominio de un sistema patriarcal encabezado por médicos y directores masculinos, lo que se ha traducido en un colectivo de enfermería marginado durante muchos años (48). La frustración desplazada resultante de la opresión se manifiesta a menudo como un conflicto dentro de las propias filas, es decir, un conflicto de compañero de trabajo a compañero de trabajo (49).

Grocott y Bryson (50) han señalado que el establecimiento de relaciones de poder igualitarias podría llevar a valorar y recompensar las relaciones positivas entre enfermeras y médicos. Además, el simple reconocimiento de estas luchas de poder podría contribuir a revertir los CDs.

Stewart et al. (51) sugirió que una de las razones subyacentes a los CDs es el conflicto, que definió como las diferencias sobre cómo se satisfacen las necesidades esperadas, que suelen manifestarse en tensión emocional y separación relacional o CD. Rogers – Clark et al. (52) informaron que el conflicto entre médicos y enfermeras ha sido identificado por los directores de los centros sanitarios, como la causa más común de los CDs.

A tenor de ello, es posible afirmar que el conflicto existe en cualquier situación sanitaria en la que no se cumplen las expectativas, por ejemplo, cuando el equipo o el personal no están disponibles o las órdenes no se llevan a cabo de forma oportuna y correcta (43).

Un estudio realizado por Maddineshat et al. (53), se examinó los informes de notificaciones ha revelado disparidades significativas en la incidencia de CDs entre las categorías de profesionales de la salud. Los resultados destacan que el 81% de los CDs se atribuyeron a la categoría de "médicos", en contraste con el 52% registrado en la categoría de "enfermería". Esta disparidad sugiere diferencias marcadas en la manifestación y la frecuencia de estas conductas según la profesión.

1.2.2.2. Influencia de las percepciones personales en los comportamientos disruptivos

El estudio de Piper (43) ha abordado las causas de estos CDs, destacando que los valores y percepciones pueden incidir en los mismos. Las diferencias del entorno social, económico y político, en puntos de vista en cuanto a ética de trabajo, compromiso, percepción de la autoridad y equilibrio entre la vida laboral y personal son diferentes para cada uno de los grupos generacionales que coexisten

en el contexto laboral actual (definidos de forma diversa como Millennials, Generación X o Gen X, Baby Boomers, Veteranos), las situaciones estresantes pueden generar conflictos en el entorno laboral.

En un marco similar, las diferencias generacionales también inciden en el desarrollo de este tipo de comportamiento. Durante períodos estresantes, algunas de estas diferencias pueden conducir a conflictos potenciales en la dinámica del lugar de trabajo. Se han evidenciado otras diferencias entre los jóvenes de *millennials* y los médicos recién egresados de la Generación X (54).

Por otra parte, el incremento de la conciencia sobre la falta de personal, también puede ser un factor para tener en cuenta. Esta falta de personal lleva a ambientes de trabajo apresurados, atención reducida a los detalles del trabajo, calidad de atención disminuida y promoción del error (55).

Actualmente, puede resultar evidente que existen problemas vinculados con los valores, actitudes, competencias y acciones que configuran la cultura de seguridad dentro de los organismos de atención sanitaria. Al mismo tiempo, diversos ámbitos de la práctica profesional inciden en la determinación de la seguridad en el citado entorno, especialmente en lo relacionado con la carga física y mental de los trabajadores, así como la formación inadecuada al respecto, problemas de trabajo, conflictos entre el equipo, rotación excesiva, y conductas de tipo disruptivo o violento (56).

Dentro de este entorno, el análisis de las condiciones profesionales y los elementos subjetivos de los trabajadores del ámbito sanitarios, ha revelado la necesidad de evaluar la seguridad de los profesionales en los centros de trabajo. Como consecuencia, uno de los aspectos fundamentales que se vinculan con

dicha cultura son los incidentes, errores y sucesos adversos que se producen en la atención sanitaria (57,58).

1.2.2.3. Género, cultura y etnia

El género también desempeña un papel importante en este ciclo. Rogers et al. (52) informaron de que en una encuesta realizada a enfermeras en la que se analizaba el acoso por razón de género (que se define como un trato desigual por razón de género), los enfermeros titulados varones creían que eran tratados mejor por los médicos varones que por las enfermeras, y que entre ellos y los médicos varones existía cierto compañerismo que no existía entre las enfermeras y los médicos varones.

En términos de respuestas de afrontamiento, las mujeres son más propensas que los hombres a hablar con sus compañeros sobre los problemas y a recibir apoyo social de sus familiares y amigos, además de sus compañeros de trabajo. Los hombres son más propensos a mantener el estrés en sí mismos, profundizar y centrar toda su atención en la tarea en cuestión (59).

En este contexto, es posible destacar el estudio de Small et al. (60), el cual se enfocó en una muestra representativa de 2821 enfermeras, revelando una conexión significativa entre el CD y el género de los profesionales de la salud. Los hallazgos destacaron que las enfermeras, en su mayoría mujeres, experimentaban una prevalencia más alta de abusos verbales y físicos en comparación con sus colegas masculinos.

Este descubrimiento arroja luz sobre las disparidades de género presentes en el entorno laboral de la enfermería, señalando una desproporción en la incidencia de CDs experimentados por las enfermeras. La naturaleza de estos abusos puede variar desde formas verbales de desprecio hasta manifestaciones físicas de agresión, creando un ambiente laboral hostil y estresante para las profesionales de la enfermería (61).

La vulnerabilidad de las enfermeras ante estos CDs puede atribuirse a una variedad de factores, que incluyen la percepción de poder y autoridad desequilibrada dentro de las jerarquías profesionales, así como los estereotipos de género arraigados que perpetúan la subyugación y la falta de reconocimiento de las contribuciones de las enfermeras al equipo de atención médica (62).

En una línea similar encontramos las diferencias motivadas por la cultura y etnicidad, ya que, a medida que la situación mundial cambia, observamos una mayor diversidad en nuestras poblaciones de pacientes y personal con una mayor afluencia de profesionales sanitarios nacidos en el extranjero o formados en el extranjero. Vienen con sus propias creencias étnicas, culturales y religiosas que afectan los valores, pensamientos y creencias en cuanto a la religión y la espiritualidad, la jerarquía, la autoridad y los estilos de comunicación. En situaciones difíciles, esto puede llevar a malentendidos en el propósito y la intención que pueden afectar negativamente la eficiencia, las expectativas y los resultados de la comunicación (63,64).

1.2.2.4. Formación y carga de trabajo asociados a los comportamientos disruptivos

La gestión de relaciones entre compañeros también destaca como un factor desencadenante de CDs. Esto se debe a las influencias multidimensionales que contribuyen a las actitudes y comportamientos, las estrategias clave para mejorar deben enfocarse en introducir una variedad de diferentes programas de formación diseñados para mejorar la gestión de la personalidad y las relaciones (65).

Algunos centros sanitarios han agregado un enfoque más profundo al proporcionar capacitación en inteligencia emocional para mejorar y las relaciones con los pacientes (65).

De esta forma, encontramos también que los entornos formativos desempeñan un rol importante en la generación de estos comportamientos. Esto se debe a que, para los profesionales sanitarios, uno de los factores clave comienza con el entorno de capacitación. Algunos equiparan esta capacitación con un ambiente de tipo de fraternidad / hermandad que hostiga a las personas nuevas o externas al círculo, hasta el punto de perder su autoestima. En algunos casos, esto puede conducir a casos graves de estrés, agotamiento, depresión e ideación suicida (66,67).

La carga de trabajo puede ejercer como catalizador de estos comportamientos. El exceso de trabajo contribuye a prestar menos atención a las necesidades de los pacientes, y más énfasis en hacer el trabajo. Aunque se alienta a los profesionales a utilizar protocolos estándar en la administración de medicamentos y evitar interrupciones, la realidad de las presiones de tiempo y las cargas de trabajo

excesivas hacen que modifiquen los protocolos, dando lugar a situaciones propensas a errores y situaciones estresantes (55).

De esta forma, los trabajadores pueden presentar claros signos de estrés y burnout, que finalmente desencadenan estas acciones disruptivas. El estrés y el burnout a menudo pueden proporcionar el elemento detonante para la aparición de conductas disruptivas (68). Estudios recientes han demostrado que más del 50% de los médicos informan una cantidad significativa de estrés y agotamiento que ha llevado a un aumento de la irritabilidad, cinismo, apatía, fatiga, desilusión, insatisfacción y, en algunos casos, depresión más grave, trastornos del comportamiento e incluso ideación suicida (69–71).

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son áreas de alta complejidad y considerados servicios de estrés laboral, lugares propensos a errores con tasas de error muy elevadas, las cuales pueden rozar el 2% por día, especialmente en salas de cuidados intensivos pediátricos y neonatales (72). Todas estas áreas son críticas para los errores asociados a ellas. Pueden ser fatales y aumentar la tasa de mortalidad general, especialmente en estos entornos altamente estresantes.

Estudios han demostrado que los riesgos habituales en todos los ámbitos de las labores sanitarias entre los que destacan la falta de profesionalismo, elevada carga laboral, el uso inapropiado de los recursos y tecnologías, la organización de los centros, y el incumplimiento de la normativa dentro de la organización (73,74). Algunos expertos sostienen que es fundamental equilibrar el sistema de trabajo y fomentar roles activos y adaptativos de los trabajadores, los cuales son esenciales para mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente (75,76).

1.3. Los comportamientos disruptivos y su impacto en la atención sanitaria

1.3.1 Impacto de los comportamientos disruptivos en la seguridad del paciente y repercusión asociada a daños al paciente

Se ha establecido una relación entre el CD del personal sanitario y sus repercusiones negativas en el paciente. Estas conductas se categorizan mayormente en cuatro dimensiones:

- a) **Motivos y prevalencia del CD:** En el ámbito sanitario, diversos factores individuales, medioambientales, organizacionales y sociales son relevantes para comprender la prevalencia del CD. Se han observado correlaciones significativas entre el abuso y el género, el abuso físico y la posición, así como el abuso físico y el nivel educativo, lo cual ha generado al menos un CD presenciado (77-79).
- b) **Momentos y lugares donde se produce el CD:** Esta dimensión resalta la incidencia del CD en entornos como los servicios de urgencia, quirófano y UCI, considerados de alta complejidad debido a la variabilidad de procesos y niveles asistenciales, vinculados con la carga física y emocional del trabajo (80,81).
- c) **Tipos y características del CD:** Los estudios enfatizan aspectos como la "intimidación" y la "hostilidad", que están relacionados con la carga de trabajo y el trabajo en equipo (82,83).
- d) **Estrategias y protocolos:** Mayormente, los estudios señalan la importancia de la implementación de una cultura proactiva entre los profesionales sanitarios, fomentando el desarrollo de competencias en seguridad del

paciente, trabajo en equipo y toma de decisiones. Asimismo, las instituciones de salud deben proveer una estructura organizativa y funcional que promueva esta cultura, incentivando la calidad humana en el entorno laboral (20,60,84).

Una de las razones por las que se ha permitido que los CDs se multipliquen es que, a menudo, los trabajadores son reacios a denunciar estos comportamientos. Las razones de esta reticencia incluyen la preocupación por su puesto de trabajo, el miedo, la falta de confidencialidad en torno a la denuncia, la falta de seguimiento por parte de la dirección de las denuncias de CDs y la falta de información sobre dónde obtener ayuda (85). Por tanto, en términos generales, el comportamiento de un profesional sanitario o de un miembro del personal puede considerarse disruptivo si compromete la cultura de seguridad de la organización, afecta a la moral de los demás trabajadores y aumenta el riesgo de que se produzcan acontecimientos adversos, una atención subóptima y malos resultados para los pacientes (85).

El CD, además, de poner en peligro la seguridad de los pacientes, puede tener graves consecuencias económicas, las cuales se relacionan directamente con la falta de personal, y la imposibilidad de rotación de los mismos. La rotación de personal supone una pérdida de varios niveles para las organizaciones sanitarias. Los costes directos se producen cuando la organización debe pagar horas extras a los trabajadores en plantilla, u obtener los servicios de personal temporal. La organización debe tener en cuenta los costes de sustitución, como la publicidad, las tasas de contratación, los procesos de acreditación y contratación, la orientación y la supervisión del inicio del trabajo. La escasez de personal sanitario complica aún más estas cuestiones (86).

Los costes indirectos incluyen la pérdida de experiencia de los empleados, que puede no recuperarse hasta pasados varios años. La productividad se resiente, ya que se necesita tiempo administrativo para controlar los daños, y el personal restante se las ingenia para encontrar soluciones. La reprogramación de citas, procedimientos y tratamientos de los pacientes, los traslados de pacientes y las reclamaciones suponen un coste económico, que en muchas economías desarrolladas, lo asume las arcas públicas (21).

El CD socava las relaciones, la comunicación y el trabajo en equipo necesarios para consolidar una atención de alta calidad a los pacientes. Al mismo tiempo, puede precipitar los errores clínicos, y puede conducir a la insatisfacción tanto de los pacientes como del personal. Además, el CD puede tener un impacto económico, como resultado de los costes asociados con el desgaste de los empleados, la duplicación de la cobertura, los costes administrativos, la atención subóptima y la exposición a la responsabilidad.

Como consecuencia, todos estos aspectos, añadido el hecho que la necesidad de una atención integral, la globalización, la gestión de datos, la inteligencia artificial (IA), las reformas sanitarias y los constantes avances tecnológicos aplicados en el ámbito de la salud hacen del sector sanitario una entidad de gran complejidad (87).

Las relaciones profesionales emergen como un componente fundamental en el desarrollo y consolidación de estrategias que fomenten un ambiente seguro y una atención más efectiva. La administración de los factores organizativos que inciden en la creación de un entorno laboral saludable y proactivo, así como en la seguridad del paciente, debe ser priorizada para promover una mayor conciencia tanto individual como colectiva entre los profesionales y la

organización respecto al clima de seguridad y las tácticas destinadas a prevenir conductas disruptivas (88).

Más preocupante aún es el impacto potencialmente perjudicial que estas conductas tienen sobre la seguridad y la calidad de la atención al paciente. Más de la mitad de los encuestados (53%) informaron que los CDs comprometieron la seguridad del paciente, mientras que el 72% señaló una disminución en la calidad de los cuidados como resultado directo de estas conductas. Además, se observó que estos comportamientos contribuyen significativamente a la incidencia de errores, con el 70% de los encuestados reportando la presencia de errores asociados a conductas disruptivas (53).

Diversos estudios (89–91) han establecido una correlación significativa entre las quejas y reclamaciones de los pacientes sobre comportamientos poco profesionales y disruptivos, y el riesgo asociado a un tratamiento deficiente o incorrecto. Estas investigaciones han identificado que un grupo reducido de médicos es responsable de una proporción desproporcionadamente alta de reclamaciones, sugiriendo así que el número de reclamaciones podría actuar como un indicador de la gestión de riesgos en el ámbito médico.

Es más probable que los pacientes y sus familiares presenten reclamaciones relacionadas con la falta de escucha por parte del médico, la falta de respuesta a las llamadas, comportamiento grosero y la falta de respeto hacia otros profesionales, así como discrepancias en tratamientos o medicamentos iniciados (92).

En este contexto, cabe destacar el trabajo de Edmonds et al. (93), quienes documentaron cómo una disputa entre profesionales en el quirófano condujo a la realización errónea de un bloqueo interescalénico en el paciente.

Aunque no se dispone de datos o modelos específicos que cuantifiquen las consecuencias económicas y los costes ocultos de los CDs, es crucial que los médicos con experiencia, especialmente aquellos en roles directivos, y los gestores hospitalarios reconozcan su importancia (94).

En este sentido, es posible identificar tres áreas problemáticas principales en relación con la atención al paciente:

- a) Errores humanos y médicos evitables y sus impactos en la seguridad del paciente (95).
- b) Satisfacción laboral de los empleados (ya que puede afectar a la moral, incrementar el absentismo y aumentar la rotación) (96).
- c) Satisfacción del paciente (97).

Por lo tanto, la prevención y gestión proactiva de los CDs poseen un gran potencial para mitigar costos y mejorar la satisfacción laboral, la calidad de los resultados y la satisfacción del paciente (98,99). En consecuencia, es imperativo implementar procedimientos y sistemas adecuados en el sistema sanitario (100,101).

Estos hallazgos subrayan la urgente necesidad de abordar y mitigar el impacto de los CDs en el entorno sanitario (94). Es esencial implementar estrategias efectivas de prevención y gestión del conflicto, así como promover una cultura organizacional que fomente el respeto, la colaboración y el trabajo en equipo, con

el fin de salvaguardar la seguridad del paciente y promover un entorno laboral saludable y productivo para todos los profesionales de la salud.

1.3.1.1.Repercusión en la dimensión de la comunicación y la relación interprofesional

Los efectos adversos asociados a estos CDs son profundos y de amplio alcance. Específicamente, se encontró que dichas conductas generan altos niveles de estrés en el personal sanitario, afectando al 97% de los encuestados. Además, se han identificado niveles significativos de insatisfacción laboral como consecuencia directa de estos comportamientos, lo que incide negativamente en el bienestar general de los profesionales de la salud (53).

Lo antes mencionado se encuentra en línea con los hallazgos de Addison y Luparrell (102), los cuales sostiene que todos los participantes de su estudio consideraban que el CD podría tener potencialmente un efecto negativo en la atención a los pacientes, ya que las enfermeras sostuvieron que frecuentemente este tipo de comportamientos eran los detonantes de estrés, frustración, pérdida de concentración, reducción de la colaboración en equipo, reducción de la transferencia de información, reducción de la comunicación y alteración de las relaciones enfermero/a-médico. Por tanto, el CD no solo afecta al trabajador, sino que también incide en las relaciones laborales, organización e incluso en la atención al paciente.

Los CDs amenazan el bienestar del paciente debido a los problemas de comunicación y colaboración. En un estudio realizado con 4.000 trabajadores sanitarios, más del 60% consideraba que existía una relación entre los CDs y los acontecimientos negativos (103). Al mismo tiempo, alrededor del 70%

consideraba que existía dicha relación con los errores de medicación y casi el 30% consideraba que existía una relación con la mortalidad de los pacientes (103).

En este mismo estudio (103), casi el 20% de los participantes informó de que tenía conocimiento de un acontecimiento adverso relacionado con las conductas disruptivas. En un marco similar, el trabajo llevado a cabo por Veltman (104), evidenció que más de la mitad de los participantes (53%) consideraron que los CDs contribuyeron a que se produjeran diversos accidentes en una unidad de obstetricia, mientras que un porcentaje similar (41,9%) pudieron identificar resultados adversos específicos derivados del CD.

Por tanto, los problemas entre compañeros añaden una mayor complejidad a la comunicación, ya que muchos no expresan los sucesos importantes por temor a represalias o la carencia de confianza de los trabajadores. Un trabajador que se ve intimidado, se muestra contrario a cuestionar las posibles ordenes que deriven en un suceso adverso para la atención de los pacientes, eliminando de esta forma, la posibilidad de evitar o prevenir una serie de sucesos que repercuten en el servicio brindado (105,106).

Al mismo tiempo, la falta de comunicación sobre las competencias, preocupaciones, y acciones ineficaces, pone en evidencia los problemas de confianza en los entornos sanitarios. Por ende, y al desconocer la situación que se está desarrollando, o al aplicar medidas de detección ineficaces, los centros tienden a proteger (de manera inconsciente) a los trabajadores que ostentan conductas intimidantes o perturbadoras, al mismo tiempo que promueven la inseguridad de los pacientes en los contextos laborales y que también incide sobre la salud de los trabajadores (107,108).

La intimidación y los CDs tienen que abordarse dentro de los contextos sanitarios. No obstante, no corresponde a un procedimiento sencillo de aplicar, ya que la influencia social desempeña un rol esencial dentro de los mismos. Además, puede no ser suficiente la motivación personal, ya que, en la mayoría de las situaciones, los trabajadores cederán a la presión del grupo.(108) Como consecuencia, combatir el comportamiento abusivo o disruptivo puede ser complejo para gran parte de los trabajadores, ya que algunos optan por el silencio para no incomodar a la gran mayoría. Requiriendo dejar de lado la cultura del silencio para poder mejorar los resultados de los pacientes y en la atención en general (109).

Para implementar estrategias de mejora o protocolos de conducta para su prevención, es necesario identificar los CDs que influyen en la relación enfermero/a-médico, conocer detalladamente el problema, los factores que inciden en el mismo y sus consecuencias en la seguridad del paciente durante el proceso asistencial a nivel hospitalario.

Una de las dimensiones de la seguridad de la paciente más afectada es la comunicación, en especial, entre los profesionales sanitarios. De esta manera, algunos expertos como Rosenstein y Naylor (110), sostienen que:

“los comportamientos intimidatorios y disruptivos son un problema serio. Los arrebatos verbales, las actitudes condescendientes, la negativa a participar en los deberes asignados y las amenazas físicas crean fallas en el trabajo en equipo, la comunicación y la colaboración necesarias para brindar atención al paciente” (p.110).

La comunicación en el entorno hospitalario es considerada un aspecto importante, quizás más relevante, a considerar cuando se evalúan los posibles errores o eventos adversos. Según Ulrich (111) la mayoría de los proveedores de atención sanitaria se adhieren a los más altos estándares profesionales de comportamiento, un pequeño número no lo hace, y algunos muestran de forma recurrente un CD o intimidante. Es más, han asociado directamente esos comportamientos con una mayor incidencia de errores en la administración correcta de la medicación.

La mayoría de las personas estarían de acuerdo en que la mala comunicación y el CD están estrechamente relacionados en cualquier entorno, pero es extremadamente importante que se detecten y diagnostiquen en entornos de atención médica debido a los resultados directos que estos comportamientos pueden tener en la atención y satisfacción del paciente (21).

En este sentido, la encuesta realizada por Rosenstein y O'Daniel (103), obtuvo resultados muy relevantes, la consulta a más 4.000 profesionales de la salud de diferentes ámbitos en 102 hospitales, evaluó el efecto de los comportamientos descritos anteriormente (disruptivos) sobre la seguridad del paciente. Casi tres cuartas partes de todos los encuestados creían que había una conexión entre estos comportamientos, y los errores de medicación, con más de la mitad indicando que la seguridad del paciente estaba comprometida como resultado (103).

La comunicación efectiva es un punto de vital importancia dentro de las organizaciones sanitarias, de hecho, hay evidencia de una variedad de entornos de atención médica en los que la mala comunicación entre profesionales afecta negativamente la atención del paciente (112,113).

El CD, la falta de comunicación o la combinación de ambos pueden conducir a resultados adversos para el paciente. Uno de los resultados adversos más recurrentes en el ámbito hospitalario a consecuencia de este tipo de comportamientos, es la administración errores de medicación. Varias etapas están involucradas en el proceso de la medicación para el paciente y con ellas, muchos profesionales involucrados en dicho proceso (114).

Si la comunicación es incorrecta o si existe algún tipo de CD, existe una mayor probabilidad de que se produzca un error. Es más probable que las altas tasas de error con consecuencias graves ocurran en unidades de cuidados intensivos (UCI), salas de operaciones y departamentos de emergencia (115).

1.3.1.2.Repercusión asociada a la dimensión del trabajo en equipo

En lo que respecta al trabajo en equipo, algunos estudios muestran que el 39% de los graduados en su primer año de práctica fueron testigos de acoso y el 31% experimentaron acosos en primera persona (116).

El estudio de Meneses et al. (117) reveló que el CD es uno de los factores que influyen en la promoción de la seguridad del paciente. Además, las enfermeras destacaron la importancia de mejorar la colaboración en equipo para garantizar la prestación de servicios de atención al paciente de alta calidad. Además, expone que el CD y sus manifestaciones tiene una incidencia sobre el sanitario, pero también sobre los pacientes, el equipo y el centro en general.

En una encuesta realizada en EE. UU concretamente en Carolina del Sur sobre el tema de la violencia horizontal, los resultados trasladaron que más del 85% de los encuestados relataron haber sido víctimas de este tipo de violencia por parte

de enfermeras experimentadas (118). Wilson et al. (119) también encontraron que el 85% de las enfermeras habían experimentado violencia horizontal / lateral.

Con respecto España, Subiela et al. (120) concluyó que la percepción con respecto a la falta de comunicación o CD, el 84% de personal de enfermería calificaba de regular la relación interprofesional o la calificaba de mayormente carente, a diferencia del personal médico. Los problemas de comunicación y violencia horizontal en estudios realizados fuera de España también han denotado los mismos problemas (121).

Queda evidente, que muchos factores pueden conducir a errores de medicación, incluido el proceso de prescripción, el error de dispensación, el fracaso del proceso de control, un sistema de administración y distribución de medicamentos mal controlados y las interrupciones que ocurren durante todo el proceso (122). Pero, es importante trasladar que todos estos factores están relacionados con la falta de comunicación y el CD dentro del lugar de trabajo.

Así mismo, la revisión realizada por Villafranca (123) menciona que este tipo de comportamiento ejerce como un detonante para el deterioro social del trabajo en equipo, la comunicación, la toma de decisiones clínicas y el rendimiento técnico de todo el equipo.

Como consecuencia, el impacto de los CDs no sólo amenaza la seguridad de los pacientes, sino también el bienestar de los trabajadores sanitarios y su capacidad para desempeñar su trabajo de forma competente (124). Asrar et al. (125) han señalado que los síntomas físicos que pueden derivarse de ser víctima de CDs incluyen agotamiento, dolores de cabeza, molestias gastrointestinales y

depresión. Así mismo, la vida en las esferas privadas como el hogar, también puede verse afectada negativamente (126).

El CD contribuye al desarrollo del estrés laboral y al agotamiento de los trabajadores, al mismo tiempo que se considera como una de las influencias más importantes en la calidad de las relaciones de equipo (127). Acorde con Shen et al.(128), más de un tercio de las enfermeras conocían a compañeras que dejaron su puesto de trabajo como consecuencia del comportamiento o problemas con otros médicos o trabajadores. Al mismo tiempo, se mencionó el retraso en la atención de los pacientes, debido a la evitación del trabajo con los compañeros problemáticos, y por el temor a comunicarlo a los superiores (128).

De igual forma, se ha comprobado que los CDs de los médicos influyen en la retención del personal de enfermería, su satisfacción y su moral (129). Las alteraciones psicológicas y conductuales, como el estrés y la frustración, pueden comprometer las relaciones enfermero/a-médico, lo que provoca una disminución de la concentración, la colaboración, la comunicación y la transferencia de información (130).

La relación médico-enfermera no es la única que se ve amenazada por estos comportamientos, ya que también se puede producir entre enfermeras. De esta forma, Butler et al. (131) informaron que los CDs por parte de sus compañeros de enfermería provocaban incluso más estrés que los actos de agresión por parte de los médicos o los pacientes. Así mismo, Johnson y Rea (2009) informaron de que las enfermeras acosadas por otras enfermeras tienen el doble de probabilidades de dejar un puesto en los próximos dos años. Esta mayor probabilidad de abandonar un puesto de trabajo determinado, o incluso la propia enfermería,

amenaza con limitar los servicios sanitarios y la capacidad de quienes los prestan (132).

1.3.2. Impacto de los comportamientos disruptivos en las relaciones enfermero/a-médico

La asociación entre las relaciones enfermero/a-médico, y el CD, han sido elementos clave en diferentes estudios. Un ejemplo de ello es el trabajo de Hutchinson y Jackson (133), examinaron específicamente catorce estudios al respecto. En la revisión en cuestión se evidenció que el abuso verbal y la reducción de la satisfacción con las relaciones enfermero/a-médico se asociaron con una menor calidad general de la atención a los pacientes. Del mismo modo, se comprobó que las relaciones adecuadas entre enfermeras y médicos se asociaron con una mejor calidad de la atención y una reducción de los eventos adversos de los pacientes.

En una línea similar, la revisión realizada por Villafranca (123) demuestra que menos del 10% de los médicos evidenciaron un CD, pero casi el 98% de los médicos reportaron haber presenciado un CD en el último año, el 70% reportó tratamiento incívico y el 36% mencionó sentirse acosados. Este tipo de conducta puede tener muchas ramificaciones negativas para médicos, enfermeras y para la propia atención de los pacientes.

La revisión de Penconek (134) analizó la percepción de las enfermeras que mostraban comportamientos opresivos de grupo, determinando que las mismas son un grupo oprimido bajo la gestión de los médicos (en base al desarrollo de la teoría de la enfermería) y a través de la institucionalización del cuidado de los enfermos. Llegando a incidir en la autopercepción de este colectivo, el cual se ve

a sí mismo como “ciudadanos de segunda clase”. Además, la revisión en cuestión(134) recoge diversos estudios en el que las enfermeras mencionan algunos ejemplos claros de CD por parte de médicos, pero también entre enfermeras con mayor rango en los centros. Concluyendo que estos problemas se inician durante la propia formación del colectivo sanitario. En el estudio de Hamblin et al. (135), se demostró que las enfermeras era el colectivo que se veía inmerso con mayor frecuencia en los incidentes de violencia vertical en el centro sanitario, ya sea como víctimas o como aquellos que la ejercen. En este contexto, el personal que trabaja en atención al paciente (auxiliares sanitarios, celadores, etc.) y las enfermeras eran las más propensas a ser perpetradores de los comportamientos violentos o disruptivos.

Addison y Luparrell (102) en su trabajo sobre el comportamientos disruptivo percibido por las enfermeras en el contexto rural, exponen que casi la totalidad del colectivo (más del 98%) había sido testigo de un CD por parte de los médicos, y la mayoría (más del 87%) había sido testigo de un CD por parte de las enfermeras.

No obstante, el estudio de Addison y Luparrell (102) también reveló que el porcentaje de médicos que presentaban CD fue de entre 2-5%, mientras que el porcentaje de enfermeras se situó entre los 6-10%. Por tanto, se percibió que las enfermeras mostraban un CD con mayor frecuencia que los médicos. Así mismo, el CD ocurría dos veces al mes por parte de los médicos, pero en las enfermeras se producía semanalmente o dos veces en el mes, lo cual es relativamente mayor al apreciado en los médicos (102).

Por otra parte, el trabajo de Jerng (136) evidenció que el 31,7% de los incidentes habían contado con CDs a nivel verbal, mientras que el 11% involucró alguna

acción física. Aunque se apreciaron algunas diferencias leves en los índices reportados por enfermeras y por médicos, este último colectivo contó con un 28,0% de incidentes reportados por ser víctimas de CD, mientras que las enfermeras reportaron un 13%. Estos resultados se contrastan con los resultados sobre las enfermeras que reportaron casos de CD verbal con un 50% en comparación con el 66% de los médicos.

La prevalencia generalmente elevada de conductas disruptivas en los entornos sanitarios es un tema de preocupación creciente, ya que su incidencia puede tener impactos significativos tanto en la calidad como en la seguridad de la atención al paciente. Además, estas conductas disruptivas pueden ocasionar daños físicos y mentales en los profesionales de la salud, lo que subraya la imperiosa necesidad de implementar medidas para monitorear y abordar este fenómeno de manera efectiva (53).

Las repercusiones derivadas de las conductas disruptivas en el personal sanitario constituyen un tema recurrente se ha evidenciado que la presencia de estas conductas puede tener un impacto significativo en diversos aspectos relevantes del entorno hospitalario (137–139).

Las conductas disruptivas pueden comprometer la calidad de la atención médica. Estas actitudes disruptivas pueden interferir con la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud, obstaculizar la toma de decisiones clínicas y afectar negativamente la coordinación de la atención al paciente. Como resultado, se incrementa el riesgo de errores médicos, diagnósticos inexactos y demoras en el tratamiento, lo que pone en peligro la seguridad y el bienestar de los pacientes (53,80,140,141). Además, de sus repercusiones en la calidad de la atención, las conductas disruptivas también pueden tener efectos adversos en la

salud física y mental del personal sanitario. Se ha observado que los profesionales de la salud que están expuestos de manera prolongada a ambientes laborales caracterizados por CDs pueden experimentar una variedad de problemas de salud física, especialmente relacionados con el sistema musculoesquelético debido al estrés y la tensión acumulados (62,142,143).

La presencia constante de conductas disruptivas, puede generar problemas a nivel de la salud mental de los profesionales. Puede desencadenar niveles significativos de estrés, agotamiento emocional, depresión, insatisfacción laboral y trastornos del sueño entre los profesionales sanitarios. Estos problemas pueden afectar negativamente su bienestar general, su calidad de vida y su capacidad para desempeñarse de manera efectiva en su rol profesional (53,60,78,82,102,140,141,144–149).

La presencia extendida de CDs en el ámbito sanitario constituye un desafío para la armonía y la eficacia del equipo de atención médica. Estas conductas pueden manifestarse de diversas formas, desde la falta de respeto y la hostilidad hasta la intimidación y la agresión verbal o física. Esta realidad plantea una seria amenaza para la calidad de la atención y la seguridad del paciente, ya que socava la comunicación efectiva, la colaboración interprofesional y la toma de decisiones clínicas informadas (149).

En este contexto, resulta fundamental implementar estrategias de monitorización efectivas para identificar y abordar las conductas disruptivas de manera proactiva. Estas estrategias pueden incluir la implementación de políticas claras y sistemas de notificación, la promoción de una cultura organizacional que fomente el respeto y la colaboración, así como la provisión de recursos y apoyo

para ayudar a los profesionales de la salud a manejar el estrés y el conflicto de manera saludable (143).

1.4. Instrumentos para medir los comportamientos disruptivos en el ámbito sanitario.

Es esencial reconocer que el fortalecimiento de las relaciones profesionales no solo implica la interacción entre sanitarios, sino también la implementación de mecanismos que faciliten la comunicación abierta, la colaboración efectiva y el respeto mutuo en todos los niveles jerárquicos. Estas relaciones sólidas sirven como cimiento para la construcción de una cultura organizacional que valore la seguridad, la transparencia y el compromiso con la excelencia en la atención al paciente (150).

En este sentido, los CDs representan un factor estratégico que puede determinar la buena comunicación interprofesional enfermero/a-médico, a su vez, implica directamente en la seguridad del paciente. Medir y evaluar el CD entre el personal sanitario, representa una estrategia de gestión de la calidad de esta relación y de su implicación en la mejora del grado de seguridad del paciente. Los resultados de la evaluación pueden utilizarse para diseñar intervenciones que mejoren el clima de seguridad para garantizar entornos de prácticas seguras.

Se han desarrollado o adaptados instrumentos para identificar y analizar los CDs en distintas áreas o especialidades. Sin embargo, en el ámbito sanitario, los instrumentos aun, no están ampliamente aplicados. Podemos, por ejemplo, encontrar los siguientes instrumentos:

- a) Para identificar la prevalencia, los tipos y la magnitud de los CDs hay diferentes instrumentos, como es el caso de:
- La Encuesta sobre Comportamiento Clínico Disruptivo de Johns Hopkins [JH-DCBS], desarrollada por Dang et al. en 2015 (151), se diseñó con el objetivo de identificar los desencadenantes, la frecuencia y la magnitud de las conductas clínicas disruptivas entre médicos, enfermeros y gestores de enfermería en entornos de atención médica.
 - En este contexto, es relevante mencionar el estudio realizado por Mullan et al. en 2013 (152), cuyo propósito fue identificar las fuentes y los tipos más comunes de comportamientos clínicos disruptivos en entornos sanitarios.
 - El instrumento denominado "The Negative Behavior in Healthcare Survey" (NBHC), llevado a cabo por Layne et al. en 2019 (153), el cual consta de 25 ítems diseñados para medir los factores que contribuyen a los comportamientos clínicos disruptivos.
- b) Entre los instrumentos diseñados específicamente para enfermeros/as, se encuentra el Disruptive Clinician Behavior Survey for Hospital Settings, desarrollado por Walrath et al. en 2013 (154), así como el cuestionario realizado por Small et al. en 2015 (60).
- c) Además, se han desarrollado instrumentos específicos para evaluar el comportamiento clínico disruptivo en entornos médicos en concreto, como urgencias médicas (Klingberg et al., 2018) (155), quirófano (Villafranca et al., 2018) (156), y el SO-DIC-OR, diseñado para la sala de cirugía abdominal, según el estudio de Keller et al., en 2019 (81).

Los instrumentos pueden ejercer una influencia distinta entre una organización a otra, pueden presentar ventajas y limitaciones entre ellos, justificando la importancia de un instrumento apropiado para la realidad de cada institución y objetivos. En este contexto, respecto a los instrumentos de evaluación del comportamiento en entornos sanitarios, es fundamental destacar el trabajo pionero llevado a cabo por Rosenstein en el año 2002, desarrollando el instrumento "*Nurse Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care*" desarrollada por A. Rosenstein (157).

Entre todos los instrumentos, hemos decidido elegir este instrumento para realizar la adaptación transcultural y validación al contexto español, como el único instrumento que hemos encontrado como herramienta de evaluación de los CDs en relaciones interpersonales enfermero/a-médico en el entorno sanitario (hospitalario), permitiendo identificar áreas de mejora en relación a los CDs, detectar factores culturales y organizativos de los CDs y la seguridad del paciente. Analizando los efectos de los CDs en la salud, en las relaciones laborales y en la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. Los resultados pueden servir de base empírica para implementar estrategias de mejora y promover un ambiente laboral más saludable, más colaborativo y más seguro. Además, este instrumento, fue aplicado en diferentes estudios con objetivos similares a los nuestros, como, por ejemplo, Lim et al. (129) Saghaei et al. (130), Maddneshat et al. (53), Veltman (104), Addison y Luparell (102), entre otros. Además, de la recomendación de la Joint Commission del año 2008 (158), respecto a la aplicabilidad del mismo. Dicho instrumento se presenta como una herramienta que dar respuesta a nuestras inquietudes sobre esta problemática y que promovió el interés para llevar a cabo este estudio. Además, de la no

existencia de estudios previos en el ámbito hospitalario en el contexto de España sobre este relevante problema y de gran magnitud.

1.5. Prevención de los comportamientos disruptivos y estrategias de mejora

Estos comportamientos se han convertido en punto estratégico para los administradores y gestores de los centros sanitarios que demuestren preocupación por la frecuencia de los CDs y apliquen un plan claramente definido para abordarlos (159). El compromiso de todo el personal es igualmente importante en este proceso de prevención de estos comportamientos.

El primer paso es adoptar una postura de tolerancia cero hacia los CDs (160,161). Para implementar eficazmente un plan de cambio, es fundamental establecer y seguir políticas específicas en todas las circunstancias.

Para conseguir este cometido, resulta fundamental elaborar un código de conducta que describa los tipos de comportamiento considerados como CDs. Este código debe aplicarse a todos los trabajadores de la organización, tanto empleados (como enfermeras) como no empleados (como médicos) (162,163). La efectividad de un código de conducta radica en su aplicación consistente en todas las circunstancias posibles, ya que, sin esta aplicación rigurosa, el código carece de sentido.

Todos los miembros del equipo, incluidos los administradores del hospital, los jefes de enfermería y otros líderes de enfermería, deben ser responsables de modelar y hacer cumplir el código (164).

No obstante, el éxito en la implementación del código depende de un canal claro para denunciar incumplimientos. Tras comunicar la infracción, se realiza una exhaustiva revisión de los hechos. Se reúnen miembros de la dirección o un equipo independiente con el denunciante y el infractor para evaluar si ha habido violación. Si se confirma la infracción, se enfoca la intervención en el comportamiento, manteniendo privacidad y confidencialidad. Se establece la conexión entre el CDs y la amenaza a la seguridad del paciente. Proporcionar datos concretos y vincularlos con resultados de pacientes puede impulsar el cambio. De persistir el comportamiento, se exploran medidas adicionales como programas de asistencia, control de la ira o asesoramiento individual. En casos de factores subyacentes patológicos o psicológicos, se recomienda derivar al individuo a un profesional de la salud mental (164).

A la vez, tanto el coaching como la tutoría representan formas de intervención viables (165). En el proceso de coaching, se abordan los comportamientos problemáticos al comunicar la necesidad de cambio y comprometer a la persona en dicho proceso. Durante estas sesiones, se enfatiza la supervisión continua del comportamiento futuro y se esclarecen las posibles consecuencias de una reincidencia (166). Un mentor, en este contexto, puede brindar apoyo emocional y ofrecer retroalimentación sobre el progreso en el desarrollo de nuevas habilidades (167).

En situaciones donde el CD claramente emana de un conflicto subyacente, es crucial abordar el problema raíz. La mediación se presenta como un enfoque para la gestión de conflictos, especialmente cuando las partes involucradas buscan la intervención de un tercero neutral para facilitar un acuerdo mutuo y satisfactorio en torno a una cuestión específica (166). En estos casos, un mediador

experimentado puede crear un entorno seguro para que las partes involucradas discutan la situación y las guíe hacia una solución viable (168).

Aunque se enfatiza la educación y la rehabilitación sobre el castigo, en algunas circunstancias se justifica la adopción de medidas disciplinarias en dichos casos. Es esencial seguir procedimientos adecuados, incluida una documentación exhaustiva de los incidentes, para respaldar cualquier medida tomada. Los informes indican que los tribunales han respaldado la autoridad de los hospitales para tomar acciones contra médicos conflictivos (168).

Como consecuencia, es importante incluir protecciones contra represalias en el código de conducta y respaldar a quienes denuncian comportamientos perturbadores para reforzar una cultura de tolerancia cero contra dichos comportamientos (168).

Actualmente, se está desarrollando un enfoque basado en la educación, donde la enseñanza de habilidades de comunicación y el conocimiento sobre acoso pueden ser herramientas efectivas para erradicar los CDs del entorno sanitario (169,170).

Algunos estudios sugieren que la educación y la práctica pueden empoderar a los trabajadores para enfrentar los posibles CDs. Especialmente las iniciativas educativas como mejorar habilidades de comunicación, fomentar el deseo de comunicarse eficazmente, establecer políticas sobre CDs y aprender a interactuar con aquellos que muestran dichos comportamientos (171).

La comunicación efectiva es una piedra angular para crear un entorno laboral saludable, promoviendo la colaboración y generando resultados positivos. Balzer (172) identifica ocho habilidades cruciales para una comunicación eficaz, estas

habilidades abarcan desde la capacidad de escuchar activamente hasta la interpretación de las señales no verbales, y desde hacer preguntas para profundizar la comprensión hasta utilizar el silencio como medio para fomentar la reflexión. A pesar de que muchas de estas habilidades se adquieren desde temprana edad, es común que se descuiden en situaciones difíciles o confrontaciones.

Para mantener estas habilidades activas, es esencial realizar una autoevaluación periódica de nuestro desempeño como comunicadores. Durante este proceso, podemos analizar patrones de comunicación pasados y presentes para identificar comportamientos que puedan obstaculizar el intercambio efectivo de información. Tales comportamientos podrían incluir timidez, exceso de emotividad, agresividad o sensibilidad excesiva a las reacciones de los demás. Ser conscientes de estos estilos de comunicación ineficaces nos permite reconocer áreas que necesitan mejoría (173).

La comunicación efectiva y la disposición para interactuar son fundamentales para preservar la seguridad en entornos sanitarios. Como consecuencia, existen dos comportamientos cruciales en el lugar de trabajo, como es el caso del trabajo en equipo y el respeto, los cuales emergen como factores que influyen en la seguridad pero son difíciles de abordar con otros (174).

Es posible que los líderes y supervisores deban intervenir para ayudar al personal a aprender a confrontar a los empleados que muestran falta de respeto y/o falta de trabajo en equipo con otros proveedores. Introducir políticas de tolerancia cero puede ser una medida efectiva. La educación desempeña un papel crucial al presentar a todos los trabajadores las políticas organizativas y el código de conducta relacionado, con el objetivo de transformar la cultura de la organización

hacia una que no tolere dichos comportamientos (166). Esta formación debe integrarse en la orientación, la formación continua y las actualizaciones institucionales para que todos los miembros estén al tanto de las expectativas de la organización. Durante estas sesiones educativas, se pueden abordar los riesgos de los comportamientos perturbadores, identificarlos y preparar a los empleados para enfrentarlos (174).

La educación en resolución de conflictos desempeña un papel clave al enseñar a los empleados a enfrentarse a personas que muestran CDs, aunque crucial que esta resolución ocurra lo antes posible después del incidente (175). Para evitar una respuesta defensiva, puede ser útil practicar con el apoyo de un compañero.

Stankiewicz (176) ha proporcionado estrategias valiosas para enfrentar a compañeros que exhiben CDs. Destaca la importancia de mantener el respeto y la privacidad durante el diálogo, evidenciando que, para iniciar la conversación, es fundamental que los motivos de la comunicación sean claros y que se centre en el tema en cuestión, permitiendo que ambas partes compartan sus perspectivas. Además, es esencial mantener un ambiente seguro para que la información relevante salga a la luz.

La falta de seguridad puede llevar al silencio (donde se oculta información), o a la confrontación (donde se añaden interpretaciones no deseadas a la conversación). Moreland y Apker (177) enfatizan la importancia de lograr un entendimiento mutuo sobre lo sucedido al abordar CDs. Las partes involucradas deben expresar sus sentimientos derivados del comportamiento y discutir su impacto. Finalmente, es fundamental llegar a un acuerdo mutuo sobre cómo resolver la situación. Este acuerdo debe incluir una descripción clara del comportamiento deseado y las consecuencias si persiste. Aunque al principio

pueda resultar intimidante mantener este tipo de diálogo, los resultados suelen ser positivos y empoderadores. Con la práctica, se adquiere habilidad y confianza para sostener estas conversaciones cruciales de manera más efectiva.

Como consecuencia, es importante establecer una cultura de tolerancia cero para los comportamientos perturbadores en entornos sanitarios, delineando las responsabilidades tanto de los directores de enfermería como del personal de enfermería en esta empresa (178).

Los directores y supervisores de enfermería desempeñan un papel primordial al examinar sus áreas en busca de CDs, utilizando estrategias para promover un ambiente laboral saludable y detectar posibles problemas. Deben abordar directamente al personal que muestra CDs, ofreciendo apoyo y estableciendo medidas disciplinarias cuando sea necesario (179).

Por otro lado, el personal de enfermería debe adquirir habilidades para enfrentarse a los CDs y reportar infracciones del código de conducta. Deben estar dispuestos a respaldar a los compañeros/as que son víctimas de estos comportamientos, implementando estrategias para mostrar solidaridad y confrontar al perpetrador de manera colectiva (179).

Además, es esencial que el personal de enfermería sea consciente de su propio comportamiento y comprenda los estándares delineados en el código de conducta. La autoconciencia les permite manejar el estrés y las frustraciones de manera constructiva, contribuyendo así a una cultura de trabajo más saludable y respetuosa (180). El cambio hacia una cultura para prevenir los CDs, requiere el compromiso de toda la organización, con cada individuo asumiendo su responsabilidad en este proceso y el interés en promover una atención más segura.

CAPÍTULO II. OBJETIVOS

CAPÍTULO II. OBJETIVOS

2.1. Objetivos del estudio N° 1

Realizar una Revisión Sistemática para proporcionar evidencia científica con la mejor calidad metodológica sobre el CD en un hospital, los aspectos relacionados con la seguridad asociada del paciente y su impacto en la calidad de la atención.

2.2. Objetivos del estudio N° 2

Adaptar culturalmente y realizar una validación de contenido del instrumento "Nurse-Physician Relationship Survey: Impact of disruptive behavior on patient care" a la versión española (España).

2.3. Objetivos del estudio N° 3

Analizar las percepciones de los profesionales de la salud sobre el CD y los factores asociados con el clima de seguridad del paciente en la relación enfermera-médico a nivel hospitalario.

CAPÍTULO III. VISIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS

CAPÍTULO III. VISIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS

3.1. ESTUDIO Nº 1:

Disruptive Behavior at Hospitals and Factors Associated to Safer Care: A Systematic Review

Comportamiento Disruptivo en el Hospital y Factores Asociados a una Atención más segura: protocolo para una revisión sistemática

Resumen

El comportamiento disruptivo crea una cultura disfuncional que repercute negativamente en las relaciones laborales e influye en la calidad asistencial y en la seguridad del paciente. El objetivo del presente trabajo es aportar la mejor evidencia científica de calidad metodológica disponible sobre el comportamiento disruptivo en un hospital, el aspecto asociado a la seguridad del paciente y su impacto en la calidad asistencial. Para ello, se incluyeron estudios que abordaran la prevalencia de conductas disruptivas observadas en el ámbito de la sanidad hospitalaria y sus profesionales. Las etapas de selección, elegibilidad, extracción de datos y evaluación del riesgo de sesgo fueron realizadas por dos investigadores, y cualquier discrepancia fue resuelta por un tercer investigador. Los datos presentados muestran que las conductas disruptivas se observan con frecuencia en el día a día de los profesionales de la salud, y comprometen la calidad de la atención, la seguridad del paciente, y pueden dar lugar a efectos adversos. Los resultados presentados indican que la aparición de conductas disruptivas compromete la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la aparición de efectos adversos, pudiendo afectar también a la salud física y mental

de los profesionales sanitarios. PROSPERO registration number: CRD42021248798.

Palabras clave: Comportamiento disruptivo; Seguridad del paciente; Relaciones médico-enfermera; Efectos adversos; revisión sistemática.

Abstract

Disruptive behavior creates a dysfunctional culture that has a negative impact on work relations and influences the quality of care and safety of the patient. The objective of the present work is to provide the best methodological quality scientific evidence available on disruptive behavior at a hospital, the aspect associated with the safety of the patient, and its impact on quality of care. For this, we included studies that addressed the prevalence of disruptive behaviors observed in the area of hospital health and its professionals. The selection, eligibility, data extraction and evaluation of the risk of bias stages were conducted by two researchers, and any discrepancies were solved by a third researcher. The data presented show that disruptive behaviors are frequently observed in the daily life of health professionals, and compromise the quality of care, the safety of the patient, and can lead to adverse effects. The results presented indicate that the appearance of disruptive behaviors compromises the quality of care, the safety of the patient, and the appearance of adverse effects, and can also affect the physical and mental health of the health professionals. PROSPERO registration number: CRD42021248798.

Keywords: disruptive behavior; patient safety; doctor-nurse relationships; adverse effects; systematic review.

3.2. ESTUDIO Nº 2:

Cross-Cultural Adaptation of the Instrument "Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior in Patient Care" to the Spanish Context

Adaptación transcultural del instrumento "Encuesta sobre la relación enfermera-médico: Impacto de los comportamientos disruptivos en la atención al paciente" al contexto español

Resumen

El comportamiento perturbador en el contexto sanitario ejerce un impacto polifacético, que repercute en diversas facetas de la atención al paciente, el personal sanitario y el marco organizativo de las instituciones sanitarias. Más allá de sus repercusiones inmediatas, el CD se infiltra en el delicado tejido de las relaciones terapéuticas, complica el proceso de comunicación y aumenta la probabilidad de que se produzcan acontecimientos adversos. A pesar de su omnipresente influencia, persiste una notable escasez de instrumentos adecuados para analizar el CD en el ámbito asistencial hospitalario, particularmente en el contexto español.

El objetivo principal de este estudio fue abordar esta carencia mediante la adaptación cultural y la validación exhaustiva del contenido de la "Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care" para su uso en el ámbito sanitario español. Empleando un diseño de estudio instrumental, la investigación abarcó un análisis exhaustivo de la equivalencia conceptual y semántica, asegurando una perfecta integración y relevancia dentro del entorno sanitario español.

Un distinguido panel de expertos examinó meticulosamente los materiales traducidos, evaluando el Índice de Validez del Contenido (IVC) del grupo de

ítems dentro de la escala, aprovechando las métricas del Índice de Relevancia (IR) y del Índice de Pertinencia (IP). A pesar de que uno de los ítems arrojaba un valor IR de 0,72, acompañado de un encomiable valor IP de 0,81, el consenso dictaminó su mantenimiento en la escala, debido a su relevancia y pertinencia percibidas.

El consenso general reveló un IVC sólido en todos los ítems, con valores superiores a 0,80 tanto para la media de IR como de IP. En consecuencia, el instrumento adaptado se consideró como una herramienta fiable para evaluar las conductas disruptivas en la relación médico-enfermera y su consecuente impacto en la atención al paciente en el contexto sanitario español.

Sin embargo, el estudio subraya la necesidad de seguir analizando y explorando otras propiedades psicométricas en futuras investigaciones. Tales esfuerzos son cruciales para reforzar la fiabilidad y validez del instrumento, asegurando su eficacia como herramienta fundamental en la búsqueda continua para mitigar las conductas disruptivas y mejorar la calidad de la atención al paciente en el ámbito hospitalario.

Abstract

Disruptive behavior in the healthcare context has an impact on patient care, healthcare personnel, and the health organization, and it also influences the therapeutic relationship, communication process, and adverse events. However, there is a lack of instruments that could be used for its analysis in the hospital care environment in the Spanish context. The objective of the study was to culturally adapt and perform a content validation of the tool "Nurse-Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care", to the Spanish content (Spain). An instrumental study was conducted, which included an analysis of conceptual and semantic equivalence. A panel of experts analyzed

the translations, by analyzing the Content Validity Index (CVI) of the group of items in the scale through the Relevance Index (RI) and the Pertinence Index (PI). Only a single item obtained an RI value of 0.72, although with PI value of 0.81, with consensus reached for not deleting this item. The CVI of all the items was >0.80 for the mean value of the RI, as well as the PI. The instrument was adapted to the Spanish context and is adequate for evaluating the disruptive behaviors on nurse–physician relationships and its impact on patient care. However, the importance of continuing the analysis of the rest of the psychometric properties in future studies is underlined.

Keywords: problem behavior; patient safety; physician–nurse relations; cultural competency; methodological studie

3.3. ESTUDIO N° 3:

Disruptive Behavior and Factors Associated with Patient Safety Climate: A Cross-Sectional Study of Nurses' and Physicians' Perceptions

Comportamiento disruptivo y factores asociados al clima de seguridad del paciente: Un estudio transversal de las percepciones de enfermeras y médicos

Resumen

Siguen siendo escasos los estudios que profundizan en las repercusiones adversas de los comportamientos disruptivos en la relación médico – enfermera sobre la atención y la seguridad de los pacientes. Estos estudios son polifacéticos y a menudo están relacionados con factores de riesgo organizativos, institucionales y actitudinales entre los profesionales sanitarios.

Como consecuencia, el objetivo de este estudio es examinar meticulosamente las percepciones de los profesionales sanitarios respecto a los comportamientos

disruptivos y los factores que contribuyen al clima de seguridad del paciente dentro de la relación enfermera-médico a nivel hospitalario.

Acorde con este objetivo, se realizó un estudio transversal multicéntrico, con una muestra diversa de 370 enfermeras y médicos de varios hospitales públicos de la región de Murcia. El estudio utilizó la versión española adaptada y validada de "Nurse-Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care". El análisis implicó la utilización de proporciones o medias (desviación estándar), junto con modelos de regresión lineal univariante y multivariante, complementados con la prueba de chi-cuadrado.

Los resultados evidenciaron que el CD fue notablemente prevalente, en particular en la UCI (81,6%) y en el servicio de urgencias (67,8%). Los profesionales sanitarios destacaron el miedo a las represalias como la barrera predominante que dificultaba la notificación de tales conductas. Además, el estrés y la frustración surgieron como correlatos significativos del CD, ejerciendo una influencia palpable en el clima de seguridad dentro de los entornos sanitarios.

Los profesionales sanitarios subrayaron inequívocamente el impacto perjudicial de los comportamientos disruptivos en los resultados clínicos. Factores sociolaborales como la edad y el tipo de servicio aparecen como determinantes destacados. El estrés, la frustración y los fallos de comunicación se identificaron como factores fundamentales que determinan de forma significativa el clima de seguridad en los entornos sanitarios.

Este estudio arroja luz sobre la acuciante necesidad de abordar y mitigar los comportamientos perturbadores en los entornos sanitarios, haciendo hincapié en el imperativo de fomentar una cultura de comunicación abierta, respeto mutuo y

seguridad psicológica entre los profesionales sanitarios para garantizar una atención al paciente y unos resultados de seguridad óptimos.

Abstract

Background. Few studies have analyzed the negative outcomes of disruptive behaviors in the nurse-physician relationship in patient care and their impact on patient safety. Tese multicausal studies significantly relate to organizational, institutional, and professional attitudinal risk factors. **Aim.** Analyze healthcare professionals' perceptions of disruptive behavior and factors associated with patient safety climate in the nurse-physician relationship at the hospital level. **Methods.** A multicenter cross-sectional study was conducted with a sample of 370 nurses and physicians assigned to different public hospitals in the Murcia/Spain region, applying the adapted and validated Spanish version of the Nurse-Physician Relationship Scale: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care. Te analysis used proportions or means (standard deviation (SD)), univariate and multivariate linear regression models, and the chi-square test. **Results.** Disruptive behavior was more prevalent in the ICU (81.6%) and the emergency department (67.8%). Professionals indicate that fear of reprisals is the main barrier to the reporting system. Likewise, stress and frustration are more associated with disruptive behavior and influence the safety climate. **Conclusion.** Professionals indicate that disruptive behaviors can have a negative impact on clinical outcomes. Age and type of service were identified as the most relevant socio-occupational factors. Stress, frustration, and communication problems are the factors that most influence the safety climate.

Keywords: disruptive behavior; patient safety; doctor-nurse relationships; adverse effects; patient safety climate

CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS

CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Comportamiento disruptivo en los hospitales y factores asociados a una atención más segura: Una revisión sistemática

Este estudio de revisión sistemática se realizó en base a la versión actualizada de los Elementos de Información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRISMA, 2020) (181,182). Este estudio fue registrado en la plataforma del Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas (PROSPERO), el 27 de mayo de 2021 (Número de registro: CRD42021248798).

4.1.1. Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad adoptados en la revisión están relacionados con las preguntas de investigación: ¿Cuáles son las conductas disruptivas más frecuentes en el entorno hospitalario y cuáles son sus impactos en la seguridad del paciente? ¿Cuáles son los desencadenantes de estos comportamientos disruptivos percibidos por los profesionales sanitarios?

Por lo tanto, se eligieron como criterios de inclusión partir de una condición, un contexto y una población (CoCoPop) (183). De esta forma, se seleccionaron los siguientes estudios: aquellos que abordaran la prevalencia de conductas disruptivas (Co); desarrollados en el ámbito de la sanidad hospitalaria (Co); y que evaluaran la conducta disruptiva de los profesionales sanitarios (Profesionales sanitarios que prestaban atención directa o indirecta, de cualquier sexo o raza, con al menos 3 meses de servicio en cualquier servicio o unidad hospitalaria), y sus consecuencias sobre la seguridad del paciente (Pop).

Elegimos trabajar con estudios publicados entre 2014 y 2021, ya que observamos que los estudios sobre el tema fueron ampliamente investigados en los últimos 5 años.

Como resultado, se excluyeron los estudios con estudiantes no residentes y los estudios realizados estrictamente con la administración de instituciones hospitalarias.

4.1.2. Fuentes de información y búsqueda bibliográfica

Inicialmente, se probaron diversas estrategias de búsqueda en cada base de datos. En función de la mayor sensibilidad y especificidad, se definió una estrategia de búsqueda estandarizada, tras lo cual dos investigadores realizaron la búsqueda de forma independiente. Los términos y descriptores de búsqueda (comportamiento social, comportamiento disruptivo, seguridad del paciente y profesionales de la salud, se combinaron con los operadores booleanos AND / OR. Las estrategias de búsqueda adoptadas se aplicaron a las bases de datos seleccionadas (PubMed, Web of Science, ScienceDirect, PsycINFO y CINAHL).

Una vez realizada la búsqueda en las bases de datos, se recogieron los archivos de los artículos con la aplicación Rayyan, con la que se realizó una primera verificación para detectar la presencia de artículos duplicados.

Durante la fase de selección, se leyeron los títulos y resúmenes de los artículos para evaluar si cumplían los criterios de elegibilidad. A continuación, se leyó el texto completo de los artículos seleccionados. Además, se examinaron las referencias de estos artículos para detectar estudios que pudieran ser

potencialmente relevantes. En todas las etapas, dos revisores se encargaron de la lectura de los artículos y, cuando se observó alguna divergencia, se consultó a un tercer revisor.

4.1.3. Extracción de datos

De cada estudio se recogió la información general y la metodología utilizada: título, primer autor, año de publicación, país, objetivo del estudio, tipo de conducta disruptiva y su frecuencia, impacto en la seguridad del paciente y calidad de la atención y, por último, tipo de herramientas de medida, análisis de los datos y principales resultados.

4.1.4. Evaluación del riesgo de sesgo

Se utilizó la escala JBI (Joanna Bridges Institute) (184) para evaluar la calidad metodológica (riesgo de sesgo) de los estudios de cohortes (longitudinales) y transversales. El proceso de evaluación fue realizado por dos investigadores independientes, y cualquier duda o desacuerdo se resolvió con la ayuda de un tercer investigador.

4.1.5. Análisis y síntesis de los datos

Se extrajo la información general y los métodos aplicados en el estudio. Se recogió el nombre de los autores y el año de publicación, el tamaño de la muestra, los instrumentos de medida utilizados en la evaluación de las conductas disruptivas

y los principales resultados presentados en cada estudio. Hubo una gran heterogeneidad en las características y el tamaño de las muestras, en los resultados y en los instrumentos de medida. Por estas razones, no fue posible realizar una síntesis cuantitativa de los datos.

4.2. Estudio metodológico de Adaptación transcultural del instrumento “Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior in Patient Care” al contexto español.

Se utilizó el instrumento "Nurse-Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior in Patient Care", originalmente desarrollado por A. Rosenstein (157) (ver anexo 1). Se llevó a cabo un proceso de adaptación transcultural y validación al contexto español.

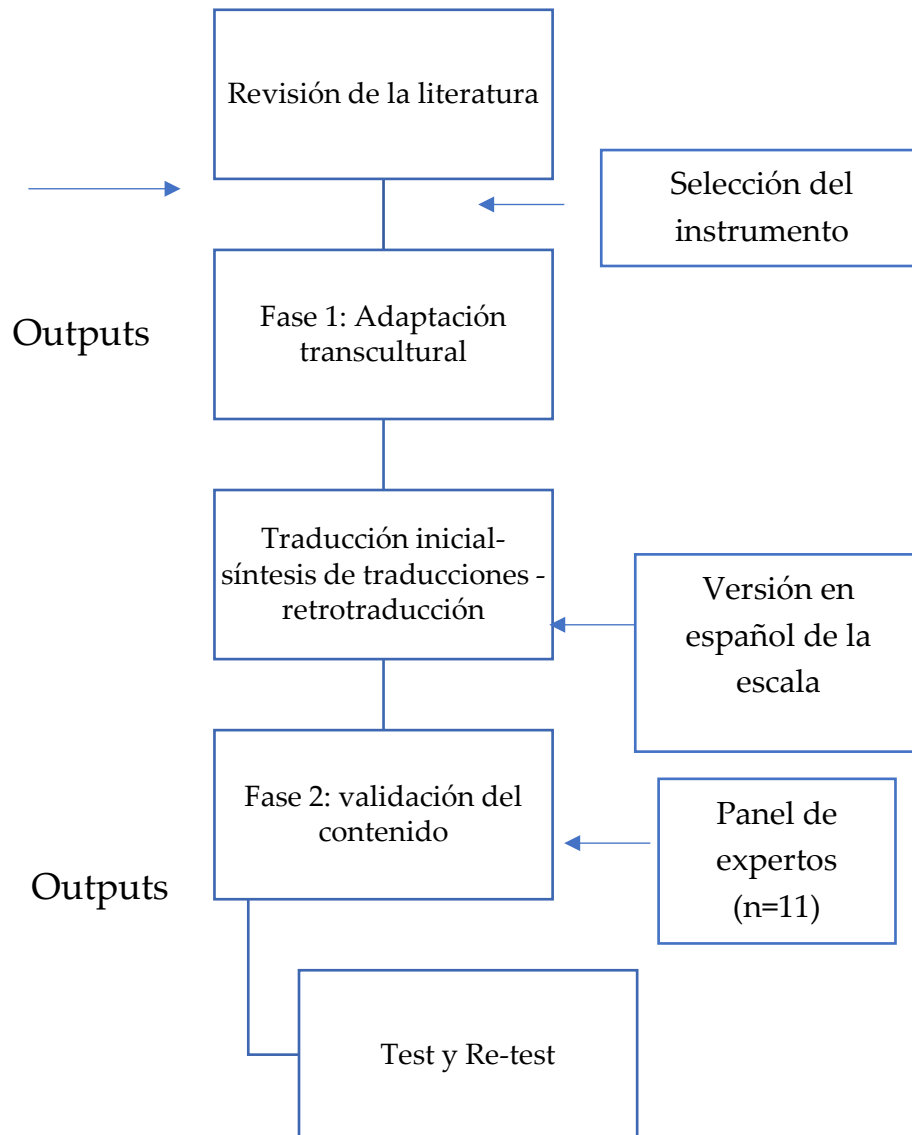
Para lograr un proceso metodológico riguroso y completo, se dividieron las actividades en tres fases claramente definidas, siguiendo las recomendaciones y estándares internacionales (185):

- a) Primera Fase: Adaptación Transcultural. Esta etapa es fundamental para asegurar que el instrumento sea comprensible y culturalmente relevante en el contexto específico al que se destina. Comenzó con la traducción inicial del instrumento original al español, considerando las particularidades lingüísticas y culturales del público objetivo. Luego, se llevó a cabo la síntesis de las traducciones, un proceso que implica la revisión y la integración de las diferentes versiones traducidas para alcanzar un consenso sobre la mejor formulación de cada ítem. Finalmente, se realizó la retrotraducción, que consiste en traducir

nuevamente el instrumento al idioma original por un traductor independiente para asegurar la equivalencia conceptual entre la versión original y la adaptada (186).

- b) Segunda Fase: Análisis de la Validez de Contenido: En esta fase, se constituyó un comité de expertos compuesto por profesionales con experiencia y conocimientos relevantes en el área de estudio. Este comité se encargó de evaluar la validez de contenido del instrumento adaptado, examinando la claridad, relevancia y pertinencia de cada ítem. Además, se consideraron aspectos como la adecuación del lenguaje, la coherencia conceptual y la exhaustividad de la cobertura de los constructos a medir. El análisis detallado realizado por el comité de expertos proporcionó información valiosa para validar el contenido del instrumento y garantizar su idoneidad para su uso en el contexto específico de la investigación.
- c) Tercera fase: Test y re- test: es una etapa de vital importancia en la metodología de investigación, particularmente en estudios que implican la evaluación de instrumentos como es el caso de esta tesis. En esta fase, los participantes del estudio o la muestra seleccionada completaron el instrumento en dos ocasiones separadas por un período de tiempo determinado.

El propósito fundamental del test y re-test fue evaluar la consistencia y estabilidad de las respuestas. Por ende, se busca determinar si las puntuaciones o mediciones obtenidas en la primera administración del instrumento son consistentes con las obtenidas en la segunda administración, o si hay variaciones significativas entre ellas.

Figura 1. Esquema del proceso

Nota. Elaboración propia

En la figura 1, se puede apreciar el proceso al completo que se ha seguido para la validación del instrumento en cuestión.

4.2.1. Fase 1: Adaptación transcultural

Para llevar a cabo la traducción inicial, se siguió un procedimiento riguroso de traducción del inglés al español (España) por tres traductores bilingües, cuyo idioma materno era el español y contaban con certificación en inglés. Cada traductor trabajó de manera independiente y uno de ellos estaba al tanto del objetivo del estudio. Se enfatizó la importancia de mantener una perspectiva semántica, es decir, asegurar la equivalencia semántica al contexto español sin introducir nuevos conceptos (185,186). Durante esta fase, se instruyó a los tres traductores para que identificaran palabras o frases ambiguas y propusieran sugerencias de cambio, además de evaluar la formulación precisa de cada pregunta.

Posteriormente, se llevó a cabo la etapa de retrotraducción del español (España) al inglés, en la que participaron tres traductores bilingües cuyo idioma materno era el inglés y tenían certificación en español. Esta fase se inició después de la síntesis de las traducciones de la primera etapa y cada traductor trabajó de manera independiente.

El objetivo principal de la retrotraducción fue asegurar la coherencia conceptual y lingüística entre la versión original en inglés y la traducción al español. Durante este proceso, se buscó garantizar que los términos y conceptos transmitieran fielmente el significado original del instrumento en inglés.

4.2.2. Fase 2: Análisis de la validez de contenido a través de un comité de expertos

Para la ejecución de esta fase, se implementó una versión adaptada de la técnica Delphi convencional (187,188), ampliamente reconocida por su eficacia en la

consecución de consensos entre expertos. La conformación del panel de expertos se abordó mediante dos estrategias complementarias. En primera instancia, se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda de profesionales destacados en el ámbito sanitario, considerando criterios tales como sus posiciones jerárquicas, responsabilidades, años de experiencia en el servicio y participación en comités relacionados con áreas afines. La identificación de estos expertos se materializó mediante consultas a administradores de instituciones sanitarias y mediante la exploración de bases de datos especializadas que recopilan la evidencia científica publicada en el ámbito correspondiente.

Tras finalizar los procedimientos iniciales, se procedió a realizar invitaciones telefónicas a un total de 28 profesionales del ámbito sanitario, abarcando tanto enfermeros como médicos. Durante estas comunicaciones, se proporcionaron detalles exhaustivos sobre los objetivos del estudio, y se aseguró a los participantes que su aporte se gestionaría de manera individual, manteniendo confidencialidad respecto a la identidad de los demás miembros del panel (188). Asimismo, se subrayó la garantía de confidencialidad y protección de los datos personales en estricto cumplimiento con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, referente a la Protección de Datos Personales y la salvaguarda de los derechos digitales (189).

De esta forma, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Profesionales con más de 5 años de experiencia en el ámbito hospitalario (profesionales de diferentes unidades y diferentes hospitales).
- Sanitarios que hubieran participado anteriormente en otros trabajos de investigación o de publicación en el área en el área de seguridad del

paciente (vinculadas de alguna manera con la temática tratada: seguridad del paciente, comportamiento disruptivo y/o comunicación entre profesionales sanitarios).

- Profesionales que contaran con alguna participación en Comité/gestión de la seguridad del paciente.
- Disponibilidad y capacidad de proporcionar opiniones y sugerencias.
- Sanitarios que evidenciaran motivación y disposición a participar en el estudio.

En concordancia con este principio, y con la finalidad de establecer una evaluación sobre la adecuación del comité de expertos, se empleó el Coeficiente de Competencia (K), expresado por la fórmula $(K) = 0.5 (Kc + Ka)$, donde (Kc) representa el Coeficiente de Conocimiento, reflejando la autoevaluación de los expertos acerca de su nivel de conocimiento en relación al tema de estudio, mientras que (Ka) denota el Coeficiente de Argumentación, que se basa en los argumentos (fuente de argumentación) presentados por los expertos para respaldar su conocimiento (190). En este contexto, se presenta en la Tabla 1 la puntuación asignada para Ka.

Después de la evaluación del Coeficiente de Competencia (K), se procedió a la selección de 11 expertos (191), a quienes se les proporcionaron las versiones traducidas de la escala con el fin de recabar su opinión sobre cada uno de los ítems y la escala en su totalidad. La elección de este número de expertos se considera adecuada para realizar una evaluación exhaustiva de la validez de contenido (190–192).

Tabla 1. Puntuación de las fuentes de argumentación para obtener el "coeficiente de argumentación" (Ka)

Fuente de argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos que usted ha desarrollado relacionado con el tema estudiado	0.3	0.2	0.1
Su experiencia profesional	0.5	0.4	0.2
Revisión de estudios de investigación sobre el tema de autores españoles/nacional	0.05	0.05	0.05
Revisión de estudios de investigación sobre el tema de autores no españoles/internacional	0.05	0.05	0.05
Su propio conocimiento del estado actual del tema	0.05	0.05	0.05
Su intuición sobre este estudio/tema	0.05	0.05	0.05

Fuente: elaboración propia, adaptado de Cabero y Barroso (190)

La evaluación se llevó a cabo en dos etapas. Durante la primera ronda, se determinó si cada ítem era claro y comprensible, considerando una concordancia de al menos el 70% entre los evaluadores. En la segunda ronda, se evaluaron el Índice de Relevancia (IR) y el Índice de Pertinencia (IP) de los ítems de la escala, asignándoles valores de 0 para "no pertinente/no relevante" y 1 para "pertinente/relevante".

La fórmula para el cálculo de estos índices consistió en dividir el número de expertos que puntuaron 1 al ítem entre el total de expertos que evaluaron dicho ítem. Posteriormente, se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) para el conjunto de ítems de la Escala, el cual se obtuvo mediante el promedio de los valores de IR/IP de todos los ítems evaluados en conjunto. Se consideró que la validez de contenido era aceptable si el valor obtenido era mayor a 0.8 tanto para

cada ítem individual como para la Escala en su totalidad (191–193). Durante esta fase, se recopilaron observaciones cualitativas de los expertos respecto a cada ítem que conformaba el instrumento original.

4.2.3. Fase 3: Test–Retest (validación)

Por último, se procedió a realizar un análisis exhaustivo de la fiabilidad test-retest. Este análisis se basó en la utilización de múltiples métricas, entre las que se incluyeron el índice Kappa (194), el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) (195), y el índice de concordancia general, adaptándose a la naturaleza específica de la variable en estudio.

La muestra seleccionada para este análisis estuvo compuesta por 50 participantes, incluyendo tanto enfermeros como médicos, distribuidos en diversas unidades y servicios hospitalarios, y desempeñando una amplia gama de actividades clínicas y de gestión. Cabe destacar que se estableció un intervalo de 15 días entre la aplicación inicial del test y su repetición para el retest, garantizando así la estabilidad temporal de las mediciones y la consistencia de los resultados obtenidos.

4.2.4. Aspectos éticos

En relación con los aspectos éticos del estudio, se respetaron escrupulosamente los principios éticos y los derechos de autor. Se obtuvo la autorización correspondiente de Alan H. Rosenstein, autor principal del instrumento original, tal como se indica en el anexo 2. Además, se estableció un compromiso de

informar al autor sobre las diferentes fases del estudio y solicitar su evaluación de la versión final adaptada antes de su divulgación pública.

4.3. Estudio sobre el comportamiento disruptivo y los factores asociados al clima de seguridad del paciente, percepción de enfermeros y médicos.

La muestra comprendía un conjunto heterogéneo de profesionales de la salud que abarcaba enfermeras involucradas en la atención directa, enfermeras en roles administrativos relacionados con la atención indirecta y gestión, así como médicos desempeñando funciones tanto en atención directa como en gestión, además de médicos administrativos enfocados en tareas de atención indirecta y gestión. Estos profesionales estaban asignados a diversos servicios clínicos y quirúrgicos dentro del contexto sanitario estudiado.

4.3.1. Participantes

a) Criterios de inclusión y exclusión

Se reclutaron todos los médicos y enfermeras afiliados a hospitales públicos en la Región de Murcia, quienes cumplían con los criterios de inclusión específicos establecidos

- Ser profesionales con contratos (ya sea fijo o interino) asignados a cualquier servicio hospitalario
- Contar con una antigüedad de más de un año en su respectivo servicio, unidad o centro, y en su puesto de trabajo

- Ser ciudadanos españoles o nacionalizados, pertenecientes a diversos turnos laborales
- Haber otorgado su consentimiento para participar en el estudio.

Por otro lado, se excluyeron profesionales con contratos temporales o aquellos en situación de disponibilidad debido a vacaciones o bajas temporales. Esta exclusión se fundamentó en la naturaleza de estos contratos, los cuales suelen estar asociados con períodos cortos en el mismo servicio, unidad o planta, así como a una alta rotación de personal. El propósito de esta exclusión fue minimizar cualquier percepción sesgada del clima de seguridad y de las relaciones laborales en el estudio.

La identificación de los profesionales se llevó a cabo mediante listas disponibles en el departamento de recursos humanos de los hospitales, garantizando así un muestreo representativo y sistemático de la población objetivo.

4.3.2. Instrumento

Se empleó el instrumento "Nurse Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care" (157), adaptada transculturalmente y validada para su aplicación en el contexto español (196), como herramienta de medición. La escala consta de 21 ítems que abordan diversas dimensiones relacionadas con la dinámica entre enfermeras y médicos en el entorno sanitario.

La primera sección de la escala recopila información sociolaboral, incluyendo variables como la edad, el género, el servicio y la posición ocupacional (enfermera o médico clínico/administrativo). Se categorizó al personal como

enfermero clínico, referido a aquellos que destinan el 50% o más de su jornada laboral a tareas clínicas y atención directa al paciente, y enfermero o médico administrativo/gestor, quienes dedican la mayor parte de su jornada laboral a labores administrativas o de gestión.

Los ítems del 1 al 9 se enfocan en evaluar la percepción del clima de seguridad en la relación entre enfermeras y médicos, explorando la presencia y la frecuencia de CDs en distintos servicios y especialidades.

Por otro lado, los ítems del 10 al 17 se centran en examinar la percepción del impacto de estos CDs en la seguridad del paciente, considerando aspectos psicosociales, eventos adversos y elementos como la comunicación y la información. Los ítems del 18 al 21 se concentran en evaluar el sistema de notificación de CDs y las barreras que pueden obstaculizar su eficacia.

En conjunto, esta escala proporciona una evaluación exhaustiva de la percepción de CDs en la relación entre médicos y enfermeras, así como de su impacto en la calidad de la atención al paciente. Su uso permite identificar áreas críticas de mejora y desarrollar intervenciones destinadas a promover una cultura laboral más colaborativa y segura en entornos sanitarios.

4.3.3. Análisis de datos

Para evaluar las experiencias y percepciones de enfermeras y médicos con respecto a los comportamientos perturbadores en la relación médico-enfermera y su impacto en la atención al paciente, se emplearon los ítems de la escala como variables clave.

Para describir las características tanto de los participantes como de los ítems del cuestionario, se utilizaron medidas de tendencia central, como proporciones o medias junto con desviaciones estándar (DE), proporcionando así una visión detallada y cuantitativa de la muestra y de las respuestas recopiladas.

En lo que respecta al análisis de la percepción del entorno en la relación médico-enfermera y la gravedad de los problemas ocasionados por el comportamiento perturbador, se emplearon modelos de regresión lineal univariante y multivariante. Estos modelos permiten explorar las asociaciones entre las variables de interés y ofrecen una comprensión más profunda de los factores que influyen en las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud.

La comparación de las proporciones entre médicos y enfermeras que han presenciado conductas perturbadoras, así como la evaluación de la frecuencia con la que creen que estos comportamientos afectan negativamente al equipo y a los pacientes, se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado. Esta prueba estadística ayuda a identificar posibles diferencias significativas entre grupos y a comprender mejor las dinámicas de interacción en el entorno laboral.

Se estableció un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$ para todos los análisis realizados, lo que indica que los resultados observados son poco probables de ocurrir por azar y tienen relevancia clínica y práctica.

Todos los análisis se llevaron a cabo utilizando el software estadístico SPSS versión 22.0 (IBM, Armonk, NY, EE.UU.), garantizando así la precisión y la coherencia en el procesamiento y la interpretación de los datos recopilados. Este enfoque metodológico riguroso proporciona una base sólida para la comprensión y la actuación sobre los resultados obtenidos en el estudio.

4.3.4. Aspectos éticos

El estudio fue llevado a cabo con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Católica de Murcia (Código N° CE041825) y de todos los hospitales participantes, asegurando así el cumplimiento de los estándares éticos y la protección de los derechos de los participantes. Además, se tomaron medidas para salvaguardar la confidencialidad y la protección de los datos de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (197).

La sección de materiales y métodos se estructuró con el fin de proporcionar un nivel adecuado de detalle que permitiera la replicación de todos los procedimientos utilizados en el estudio. Para ello, se subdividió en subsecciones encabezadas, lo que facilita la comprensión y la organización de los distintos métodos empleados.

Este enfoque metodológico riguroso asegura la transparencia y la reproducibilidad del estudio, garantizando que otros investigadores puedan seguir los pasos descritos y obtener resultados similares. Asimismo, resalta el compromiso del equipo investigador con la integridad científica y el cumplimiento de las normativas éticas y legales pertinentes.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

CAPÍTULO V. RESULTADOS

5.1. Resultados específicos del objetivo 1

La búsqueda en varias bases de datos (PubMed, Web of Science, ScienceDirect, PsycINFO y CINAHL) arrojó 233 artículos. Estos pasaron por un proceso de cribado riguroso para determinar su idoneidad. Después de aplicar criterios de inclusión y exclusión, y analizar los títulos y resúmenes, seguido de una lectura minuciosa de los artículos completos, se seleccionaron finalmente 12 estudios para la revisión sistemática (53,60,78,80,140,141,144–149).

De los 12 estudios seleccionados, cinco se llevaron a cabo en Estados Unidos (60,80,145,147,148), dos en Canadá (78,144), dos en Israel (141,149), y uno en otros países, que incluyen China, Egipto e Irán (53,140,146). Estos estudios exploraron diversos contextos geográficos y culturales, ofreciendo una perspectiva global sobre el comportamiento clínico disruptivo en el ámbito de la salud.

En estos estudios participaron 22,176 profesionales sanitarios, incluyendo enfermeras, médicos, estudiantes de medicina y técnicos, reflejando así la diversidad de los grupos estudiados en relación al comportamiento clínico disruptivo en la atención médica.

Se observó una amplia variedad de instrumentos de medición utilizados, adaptados específicamente para cada grupo estudiado. Estos instrumentos fueron administrados tanto en formato impreso como virtual, lo que muestra la versatilidad de las metodologías empleadas en la investigación (53,60,78,80,140,141,144–149).

Los resultados de la primera publicación (ver anexo 5) muestran una alta prevalencia de comportamiento clínico disruptivo en las rutinas diarias de los profesionales de la salud, según lo informado en los estudios revisados. (53,60,78,80,140,141,144–149). La mayoría de los estudios sobre la prevalencia de CDs en entornos hospitalarios indican que estas pueden alcanzar o incluso superar el 90% de ocurrencia en períodos recientes, como semanas, meses o años. (53,60,78,140,146,149).

Estos hallazgos resaltan la urgencia de abordar el problema del comportamiento clínico disruptivo en el ámbito de la salud y enfatizan la necesidad de estrategias efectivas para promover un entorno laboral seguro y saludable para todos los profesionales de la atención médica.

Las consecuencias de este comportamiento han sido documentadas detalladamente por los profesionales de la salud, mostrando que pueden comprometer la calidad de la atención y la seguridad del paciente, lo que resulta en efectos adversos que afectan negativamente la prestación de servicios de salud (53,80,140,141). Las conductas disruptivas no solo tienen repercusiones negativas, sino que también pueden causar problemas de salud física y mental en los profesionales de la salud que trabajan en hospitales. (53,60,78,80,140,141,144–149).

Las conductas disruptivas en entornos hospitalarios pueden llevar a problemas de salud física, como trastornos musculoesqueléticos debido al estrés y la tensión laboral. Asimismo, pueden provocar problemas de salud mental, como estrés crónico, agotamiento emocional, depresión, insatisfacción laboral y trastornos del sueño (53,60,78,80,140,141,144–149).

Es crucial abordar de manera proactiva y eficaz las conductas disruptivas en entornos hospitalarios para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, así como para proteger la salud física y emocional de los profesionales de la salud. La alta prevalencia de estas conductas y sus efectos adversos en la calidad y seguridad del paciente, junto con los impactos físicos y mentales en los profesionales de la salud, resaltan la importancia de monitorear estas conductas y promover acciones colaborativas.

Aunque se observaron debilidades metodológicas en algunos estudios, como deficiencias en la evaluación de la exposición y la estandarización de la medición, así como en la identificación de factores de confusión, se reconoció la calidad excepcional en ciertos trabajos (141,144,147).

Estas observaciones resaltan la necesidad de mejorar los enfoques metodológicos en la evaluación de conductas disruptivas en el ámbito de la salud. Es fundamental aumentar la rigurosidad en la evaluación de la exposición y la estandarización de las mediciones, así como identificar y gestionar adecuadamente los factores de confusión. Estas mejoras garantizarán una base sólida para la investigación y la implementación de intervenciones efectivas para mitigar los efectos adversos de las conductas disruptivas en entornos de atención médica.

5.2. Resultados específicos del objetivo 2

Tras la fase de traducción y retrotraducción, el Comité de Expertos subrayó la importancia de incluir una definición explícita de CD al principio de la Escala, antes de la primera pregunta. Esta medida tenía como objetivo establecer un

marco conceptual claro y uniforme para los participantes, lo que facilitaría una interpretación coherente de los ítems y una respuesta más precisa por parte de los encuestados.

En la Tabla 2 se expone los resultados del análisis de la validez de contenido. Con respecto al Índice de Relevancia (IR), se identificó que el único ítem con un valor IR inferior a 0.8 fue el ítem 5: "¿Existe alguna especialidad donde se produzcan CDs de forma frecuente?", lo que sugirió su posible eliminación. Sin embargo, es crucial señalar que este ítem exhibió un Índice de Pertinencia (IP) de 0.81, y tras una evaluación minuciosa de las sugerencias y opiniones de los expertos e investigadores involucrados en el estudio, se llegó a un consenso para mantenerlo en la escala. Es importante destacar que no se realizaron adiciones ni eliminaciones de ítems en comparación con el instrumento original. Asimismo, las escalas de respuestas de los ítems permanecieron sin cambios.

El Índice de Validez de Contenido (IVC) para la totalidad de la escala, calculado con base en el IR, fue de 0.89, lo que refleja un alto grado de validez en términos de contenido. Por otro lado, al considerar el IP, el IVC alcanzó un valor de 0.94, lo que subraya aún más la robustez y la relevancia de la escala en relación con los constructos evaluados.

Este análisis detallado de la validez de contenido proporciona una base sólida para la interpretación y la aplicación de los resultados obtenidos a partir del instrumento, asegurando que este capture de manera precisa y exhaustiva las dimensiones clave relacionadas con los CDs en el entorno estudiado.

Tabla 2. Índice de Relevancia (IR) e Índice de Pertinencia (IP) de los ítems de la Escala

Nº Ítem	Composición del ítem	IR	IP
1	En una escala de 1 a 10, siendo 10 la respuesta más positiva ¿Cómo describiría el ambiente de la relación Enfermero/a – Médico en su hospital?	0.81	0.9
2	¿Alguna vez ha presenciado comportamiento disruptivo por parte de un/a médico de su hospital?	0.9	0.9
3	¿Alguna vez ha presenciado comportamiento disruptivo por parte de un/a enfermero/a de su hospital?	0.9	0.9
4	¿Existe alguna unidad en concreto en la cual el comportamiento disruptivo es más prevalente?	0.81	1
5	¿Existe alguna especialidad donde se produzcan comportamientos disruptivos de forma frecuente?	0.72	0.81
6	¿Qué porcentaje de médicos diría que muestran comportamiento disruptivo en su hospital?	0.81	0.9
7	¿Qué porcentaje de enfermeros/as diría que muestran comportamiento disruptivo en su hospital?	0.81	1
8	¿Con qué frecuencia los médicos presentan comportamientos disruptivos en su hospital?	0.81	1
9	¿Con qué frecuencia los enfermeros/as presentan comportamientos disruptivos en su hospital?	0.81	1
10	¿Cómo de graves son los problemas causados por el comportamiento disruptivo de los médicos en su hospital?	1	1
11	¿Cómo de graves son los problemas causados por el comportamiento disruptivo de enfermeros/as en su hospital?	1	1
12	¿Cree que el comportamiento disruptivo puede tener efectos potencialmente negativos en la atención al paciente?	1	1
13	¿Con qué frecuencia cree que el comportamiento disruptivo influye en los siguientes aspectos?	1	1
14	¿Con qué frecuencia considera que existe una relación entre el comportamiento disruptivo y los siguientes aspectos?	1	1
15	¿Conoce cualquier evento potencialmente desagradable que puede haber ocurrido debido al comportamiento disruptivo?	0.81	1

16	Si la respuesta es sí, ¿Cómo de grave hubiera sido el impacto en los pacientes?	1	1
17	¿Conoce los eventos adversos que han ocurrido como resultado del comportamiento disruptivo?	0.81	0.81
17.1	Si la respuesta es sí, por favor descríbalos:	0.9	0.9
17.2	¿Esto se podría haber prevenido?	1	1
17.3	Si la respuesta es sí, por favor descríbalos:	0.9	0.9
18	¿Existe algún protocolo para actuar frente al comportamiento disruptivo en su hospital?	1	1
18.1	Si la respuesta es sí, por favor explíquelo:	0.81	0.81
18.2	¿El protocolo es efectivo?	0.9	0.9
18.3	Por favor explíquelo:	0.81	0.81
19	Si conoce médicos que han sido asesorados debido a su comportamiento, en una escala de 1-10 siendo 10 completamente satisfecho, califique el éxito del proceso	0.9	0.9
19.1	Si conoce enfermeros/as que han sido asesorados/as debido su comportamiento, en una escala de 1-10 siendo 10 completamente satisfecho, califique el éxito del proceso.	0.9	0.9
20	¿Existe un servicio de registro no punitivo para aquellos que presencian/ experimentan comportamiento disruptivo?	0.81	1
21	¿Existe alguna barrera u obstáculo para notificar un comportamiento disruptivo?	0.81	1
Índice de Validez de Contenido (IVC) del conjunto de los ítems de la Escala		0.89	0.94

Nota. Elaboración propia

Esta etapa del estudio concluyó con la creación de una versión adaptada transcultural al español (España), la cual fue cuidadosamente elaborada y consensuada por un Comité compuesto por 11 expertos. Estos expertos, con competencias y experiencias multidisciplinarias en el campo, desempeñaron un papel fundamental en este proceso (consulte el Anexo 4).

Este logro representa un avance significativo en la validación y adaptación del instrumento al contexto y la cultura específica de la población objetivo. La colaboración entre los expertos permitió abordar de manera efectiva las complejidades lingüísticas, culturales y contextuales presentes en la adaptación transcultural, lo que asegura la fiabilidad y la validez del instrumento en el contexto de estudio.

La versión adaptada no solo garantiza la comprensión y relevancia cultural de los ítems, sino que también establece un sólido marco para la recolección de datos precisos y significativos en futuras investigaciones y aplicaciones clínicas. Esta versión adaptada representa una herramienta esencial para evaluar de manera más precisa y exhaustiva los comportamientos disruptivos en el ámbito estudiado. Proporciona resultados y evidencias relevantes para la mejora de la calidad asistencial y el ambiente laboral en entornos sanitarios, y ha sido utilizada en la segunda parte del estudio, la cual se describe en el siguiente apartado.

5.3. Resultados específicos del objetivo 3

De los 500 profesionales de enfermería y médicos de hospitales públicos de la Región de Murcia invitados a participar en este estudio, 370 individuos respondieron a la escala o instrumento de medición, lo que equivale a una tasa de respuesta del 74%. Este alto nivel de participación destaca el interés y la relevancia que los profesionales de la salud asignan a la investigación sobre este tema.

En cuanto a la composición demográfica de la muestra, se observó que el 53% de los participantes eran hombres, y el 42.7% tenía entre 20 y 29 años, reflejando una significativa participación de profesionales jóvenes en el estudio. Además, el 41.1% pertenecía al servicio de urgencias, indicando un interés particular por parte de los profesionales que trabajan en entornos de alta exigencia y dinamismo.

En relación a los cargos ocupacionales, hubo una distribución relativamente equitativa en términos de participación, excepto para los médicos administrativos (asistencia indirecta/gestión), que representaron solo el 18.4% de la muestra total, en comparación con otras categorías (ver Tabla 3).

Tabla 3. Características de la muestra estudio N° 3

Variables	n (%)
Sexo	
Mujer	174 (47,0)
Hombre	196 (53,0)
Edad	
20-29 años	158 (42,7)
30-49 años	121 (32,7)
>50 años	91 (24,6)
Cargo	
Médico (Clínico)	97 (26,2)
Médico (Administrativo)	68 (18,4)
Enfermero (Administrativo)	101 (27,3)
Enfermero (Clínico)	104 (28,1)
Servicio	
Urgencias	152 (41,1)
Cuidados Intensivos	137 (37,0)
Cirugía	81 (21,9)

Nota. Elaboración propia

La percepción del ambiente médico-enfermera, evaluada por 370 participantes, promedió 8.05 (± 1.59). En la Tabla 5 se presentan los valores medios y los resultados del análisis de regresión lineal, identificando factores sociodemográficos y laborales determinantes para esta percepción.

Destaca que el rango de edad de 30 a 49 años fue significativo en ambos modelos (univariante: 0.487 ± 0.191 , multivariante: 0.566 ± 0.171) comparado con el grupo de 20 a 29 años. Esto sugiere que los profesionales en este rango de edad tienen una percepción diferente del ambiente médico-enfermera que sus colegas más jóvenes.

Además, la tabla 3 detalla cómo otros factores como género, especialidad, experiencia laboral y posición jerárquica influyen en esta percepción. Estos resultados son cruciales para comprender las dinámicas y desafíos de la relación entre enfermeros y médicos en entornos de atención médica.

En cuanto a los médicos administrativos (asistencia indirecta/gestión) y clínicos (asistencia directa), se observa que presentan un comportamiento similar en la percepción del ambiente médico-enfermera, tanto en el análisis univariante (0.975, p-valor 0.248) como en el multivariante (0.625, p-valor 0.206). Esto sugiere que no hay una diferencia significativa entre ambos grupos.

Además, se destaca que los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y cirugía muestran una diferencia significativa en comparación con el servicio de urgencia. Tanto en el análisis univariante (UCI: -0.453, p-valor 0.182; Cirugía: -1.090, p-valor 0.212) como en el multivariante (UCI: -0.505, p-valor 0.183; Cirugía: -1.078, p-valor 0.212), se detecta esta significancia en la percepción del ambiente.

El valor de Nagelkerke R Square indica que las variables independientes explican aproximadamente el 11.5% de la varianza de la percepción del ambiente médico-enfermera. Aunque este porcentaje puede parecer modesto, subraya la influencia significativa que las variables analizadas tienen en esta percepción.

Según los resultados del estudio, se observa que los comportamientos disruptivos son más comunes en ciertas áreas específicas del hospital. La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) registró el mayor porcentaje, con un notable 81.6% (302 casos), seguido por el servicio de urgencias con un 67.8% (251 casos) y el área de medicina general con un 58.6% (217 casos).

Tabla 4. Análisis univariante y multivariante para la percepción del entorno de la relación médico – enfermera. (método intro)

Variab les	Media (SD)	Univariante B Coeficiente [SE]	Multivariante^a B Coeficiente [SE]
Sexo			
Hombre	7,91 (1,56)	Reference	
Mujer	8,18 (1,61)	0,265 (0,166)	
Edad			
20-29 años	7,84 (2,03)	Reference	
30-49 años	8,32 (1,29)	0,487 (0,191)*	0,566 (0,171)*
>50 años	8,08 (1,00)	0,241 (0,208)	
Cargo			
Médico (Clínico)	7,70 (1,67)	Reference	
Médico (Administrativo)	8,68 (1,55)	0,975 (0,248)*	0,625 (0,206)*
Enfermero (Administrativo)	8,03 (1,49)	0,329 (0,223)	
Enfermero (Clínico)	8,00 (1,53)	0,299 (0,221)	
Servicio			
Urgencias	8,46 (1,71)	Reference	
Cuidados Intensivos	8,01 (1,08)	-0,453 (0,182)*	-0,505 (0,183)*
Cirugía	7,37 (1,82)	-1,090 (0,212)**	-1,078 (0,212)**

Nagelkerke R Square: 0.115.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Nota. Elaboración propia

Al investigar la frecuencia de estos comportamientos por especialidades médicas, se encontró que son más prevalentes en cirugía general, con un contundente 83.0% (307 casos), seguida por obstetricia/ginecología con un 45.9% (170 casos) y cardiología con un 40.8% (151 casos). En contraste, la especialidad menos afectada fue anestesia, con un modesto 13.2% (49 casos).

Estos datos ofrecen una visión detallada de las áreas y especialidades donde los comportamientos disruptivos son más frecuentes, lo que puede servir como punto de partida para desarrollar estrategias dirigidas a abordar y mitigar la incidencia de estos comportamientos en el entorno hospitalario.

Tabla 5. Frecuencia de haber presenciado comportamiento disruptivo

Cargo	<i>¿Alguna vez ha presenciado comportamiento disruptivo por parte de un médico de su hospital?</i>	
	Sí	No
Médico Clínico	85 (87,6)	12 (12,4)
Médico Adm	53 (77,9)	15 (22,1)
<i>p-value</i>		0,098
Enfermero Adm	82 (81,2)	19 (18,8)
Enfermero Clínico	77 (74,0)	27 (26,0)
<i>p-value</i>		0,220
	<i>¿Alguna vez ha presenciado comportamiento disruptivo por parte de un/a enfermero/a de su hospital?</i>	
Médico Clínico	94 (96,9)	3 (3,1)
Médico Adm.	63 (92,6)	5 (7,4)
<i>p-value</i>		0,210
Enfermero Adm	55 (54,5)	46 (45,5)
Enfermero Clínico	80 (76,9)	24 (23,1)
<i>p-value</i>		<0,001

Nota. Elaboración propia

En la Tabla 5 se observa que los médicos clínicos (87.6%) y los enfermeros con roles administrativos/gestión (81.2%) son los que más presencian comportamientos disruptivos por parte de médicos, resaltando la prevalencia de

estos incidentes en entornos hospitalarios. Además, los médicos clínicos reportaron un aumento significativo en la presencia de comportamientos disruptivos por parte de enfermeros (96.6%), mientras que los enfermeros clínicos (76.9%) presenciaron más estos comportamientos entre sus pares. Estos hallazgos subrayan la necesidad de abordar de manera integral y colaborativa el problema de los comportamientos disruptivos en todos los niveles del personal de atención médica.

En el modelo multivariante se analiza la percepción de la gravedad de los problemas causados por el CD, resaltando la influencia de la edad y el servicio en el que trabajan los profesionales de la salud. En la Tabla 5, se destacan hallazgos significativos, donde se observa que los médicos de 30 a 49 años y los enfermeros de 30 años en adelante perciben más agudamente la gravedad de estos problemas, en comparación con grupos más jóvenes. Esto sugiere que la experiencia y la madurez pueden influir en esta percepción. Además, el servicio de cirugía emerge como un factor influyente significativo en esta percepción tanto para médicos como para enfermeros, indicando su impacto en la gravedad de los problemas causados por el CD. Los valores de los coeficientes para médicos y enfermeros son respectivamente 0.911 (p-valor 0.188) y 0.674 (p-valor 0.146).

Al examinar el impacto de los comportamientos disruptivos en la relación enfermero-médico sobre el clima de seguridad del paciente, se identificaron varios factores significativos. Estos incluyen el estrés y la frustración (59.2%), la pérdida de concentración (55.9%), la reducción del trabajo en equipo (43.5%), la disminución en la transmisión de información (57.8%), la disminución en la comunicación (80.0%), y los problemas en la relación enfermero-médico (69.2%).

Tabla 6. Percepción de la severidad de los problemas ocasionados por los comportamientos disruptivos

Variables	Médicos	Modelo 1	Modelo 2	Enferm.	Modelo 3	Modelo 4
Sexo						
H	2,83 (1,77)	referencia		2,37 (1,27)	referencia	
M	2,47 (1,44)	-0,353 (0,168)*		-0,377 (0,156)*	2,13 -0,246 (0,124)*	
Edad (años)						
20-29	3,02 (1,90)	referencia		2,28 (1,24)	referencia	
30-49	1,97 (1,26)	-1,052 (0,187)**		-1,073 (0,166)**	1,93 -0,359 (0,141)*	-0,343 (0,138)*
>50	2,88 (1,14)	-0,140 (0,204)		2,59 (1,02)	0,309 (0,154)*	0,433 (0,152)*
Cargo						
Médico (C)	3,22 (1,99)	referencia		2,37 (1,35)	referencia	
Médico (A)	2,75 (1,77)	-0,466 (0,249)		2,32 (1,20)	-0,048 (0,187)	
Enfermero (A)	2,35 (1,15)	-0,870 (0,224)**		2,38 (1,07)	0,005 (0,168)	
Enfermero (C)	2,32 (1,33)	-0,899 (0,223)**		1,94 (1,09)	-0,429 (0,167)*	
Servicio						
Urgencias	2,28 (0,97)	referencia		2,13 (1,01)	referencia	
Cuidados Intensivos	2,63 (1,64)	0,345 (0,185)		2,11 (1,21)	-0,016 (0,138)	
Cirugía	3,33 (2,22)	1,050 (0,216)**		0,911 (0,188)**	2,69 0,566 (0,161)**	0,674 (0,146)**

Los datos se presentan como coeficiente b (error estándar)

Modelo 1: modelo univariante del comportamiento perturbador de los médicos; modelo 2: modelo multivariante del comportamiento perturbador de los médicos; modelo 3: modelo univariante del comportamiento perturbador de los enfermeros; modelo 4: modelo multivariante del comportamiento perturbador de los enfermeros.

Nagelkerke R Square: modelo 2= 0,157; modelo 4=0,098

*p<0,05; **p<0,001

Nota. Elaboración propia

Al abordar las diferencias entre médicos y enfermeros en cuanto a la percepción de estos factores, se observa que la pérdida de concentración, la reducción en la

transmisión de información y los problemas en la relación enfermero-médico tienen un impacto significativamente mayor (p -valor <0.001) en el clima de seguridad del paciente según la percepción de los enfermeros en comparación con la de los médicos.

Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar los comportamientos disruptivos en la relación enfermero-médico para garantizar un ambiente seguro y de alta calidad para la atención médica.

En un marco similar, cuando se exploró la relación entre los comportamientos disruptivos y los aspectos vinculados a la seguridad del paciente, se identificaron varios indicadores importantes. Entre ellos se encontraron eventos adversos (25.4%), errores en la seguridad del paciente (13.0%), incidencia en la calidad de la atención (20.8%), y mortalidad del paciente (14.9%). Además, se destacó la satisfacción del personal de enfermería (33.2%), la satisfacción del personal médico (43.2%), y la satisfacción del paciente (39.2%).

Respecto a las diferencias entre médicos y enfermeros, se observó que los médicos expresaron una percepción notablemente más negativa que los enfermeros en lo que respecta a la calidad de la atención ($p=0.001$) y la mortalidad del paciente ($p<0.001$).

Estos resultados subrayan la importancia de abordar los comportamientos disruptivos en la práctica clínica, ya que pueden tener un impacto significativo en la seguridad del paciente y la satisfacción del personal y los pacientes.

Tabla 7. ¿Con qué frecuencia cree que el comportamiento disruptivo provoca lo siguiente? Diferencia entre médicos y enfermeras

Efectos	Doctor	Nurses	p-value
<i>Estrés y frustración</i>			
No	77 (52,3)	72 (47,7)	0.013
Sí	86 (39,3)	133 (60,7)	
<i>Pérdida de la concentración</i>			
No	89 (54,6)	74 (45,4)	<0.001
Sí	76 (36,7)	131 (63,3)	
<i>Trabajo en equipo reducido</i>			
No	82 (39,2)	127 (60,8)	0.018
Sí	83 (51,6)	78 (48,4)	
<i>Información reducida</i>			
No	107 (69,0)	48 (31)	<0.001
Sí	58 (27,1)	156 (72,9)	
<i>Comunicación reducida</i>			
No	36 (48,6)	38 (51,4)	0.433
Sí	129 (43,6)	167 (56,4)	
<i>Problema enfermero-médico</i>			
No	66 (57,9)	48 (42,1)	<0.001
Sí	99 (38,7)	157 (61,3)	

Nota. Elaboración propia

La mayoría de los profesionales encuestados (83.8%) reconocieron posibles eventos adversos asociados con comportamientos disruptivos, y una proporción significativa (29.0%) consideró que estas consecuencias podrían ser graves o muy graves.

Un número considerable (47.3%) informó haber presenciado eventos adversos como falta de información (8.6%), retrasos en la atención (28.0%), malentendidos entre el personal (26.9%), e información errónea proporcionada a familiares (36.6%).

En cuanto a la prevención y notificación de incidentes de seguridad del paciente, la mayoría (94.9%) cree que los incidentes podrían haberse evitado. Además, casi

todos (99.7%) afirmaron que existe un código de conducta o protocolo para abordar el comportamiento disruptivo en sus hospitales, con un 27.8% siguiendo un protocolo específico y un 71.9% utilizando un código de conducta. Además, la gran mayoría (99.7%) mencionó la existencia de un entorno de registro no punitivo para quienes presencian o experimentan comportamientos disruptivos.

Las barreras para notificar comportamientos disruptivos incluyeron el miedo a represalias (82.4%), la preocupación por la falta de confidencialidad (19.7%), la percepción de que nada cambiará (31.6%), y la sensación de falta de respuesta o resultado (10.0%).

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

Los hallazgos presentados en la revisión sistemática realizada en el primer estudio que conforma este compendio de artículos, resaltan la grave implicación de las conductas disruptivas en la calidad de la atención médica, la seguridad del paciente y la ocurrencia de comportamientos disruptivos. Los estudios analizados revelan que estas conductas tienen un impacto significativo en la salud tanto física como mental de los profesionales de la salud, sin importar su especialidad o experiencia laboral.

Actualmente, la investigación en este ámbito se centra mayormente en estudios transversales que emplean cuestionarios para evaluar las conductas disruptivas. Estos estudios se enfocan en cuatro dimensiones principales relacionadas con la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica. Estas dimensiones consideran los posibles efectos adversos que surgen durante el proceso de atención como consecuencia de las conductas disruptivas.

Las dimensiones exploradas comprenden: los motivos y la prevalencia de los comportamientos disruptivos en el ámbito sanitario, donde factores individuales, ambientales, organizativos y sociales son relevantes. Se han observado correlaciones significativas entre el maltrato y variables como el género, la posición jerárquica y el nivel educativo, todas las cuales han sido asociadas con la aparición de al menos una conducta disruptiva documentada (77–79).

Asimismo, se ha identificado la ubicación y los momentos críticos en los que estas conductas se manifiestan, siendo particularmente relevantes en servicios de

urgencias, quirófanos y unidades de cuidados intensivos (UCI), considerados entornos de alta complejidad debido a la variabilidad de los procesos y el nivel asistencial. Esta dificultad está estrechamente relacionada con la carga de trabajo físico y emocional (102,145).

En cuanto a los tipos y características de los comportamientos disruptivos, se ha observado una prevalencia de comportamientos asociados a la intimidación y la hostilidad, fenómenos vinculados estrechamente con la carga laboral y el trabajo en equipo (83,147).

En lo que respecta a las estrategias y protocolos, se destaca la necesidad de una cultura proactiva tanto por parte de los profesionales de la salud, enfocada en el desarrollo de competencias en seguridad del paciente, trabajo en equipo y toma de decisiones, como por parte de las instituciones de salud, que deben proporcionar una estructura organizativa y funcional que fomente esta cultura y promueva la calidad humana en el entorno laboral (60,81,117,135).

Con respecto a las variables sociolaborales, un estudio exhaustivo que analizó informes de notificaciones reveló una alarmante disparidad en la prevalencia de comportamientos disruptivos entre los médicos y el personal de enfermería. Los resultados muestran que el 81% de los informes identificaban a médicos como protagonistas de tales comportamientos, mientras que esta cifra descendía al 52% en el caso del personal de enfermería. Estos hallazgos evidencian una tendencia preocupante en el entorno sanitario, donde los médicos parecen estar más propensos a exhibir comportamientos disruptivos en comparación con sus colegas de enfermería (53).

Además, los efectos perjudiciales de estos comportamientos son ampliamente observados en la práctica clínica. Los datos recabados indican que los comportamientos disruptivos generan un alto nivel de estrés en el ambiente laboral, impactando negativamente en la salud mental y emocional del personal sanitario. Esta situación se traduce en niveles significativos de insatisfacción laboral entre los afectados (53).

De manera aún más preocupante, se identificó que estos comportamientos no solo afectan al bienestar del personal sanitario, sino que también comprometen la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica. Un porcentaje considerable de informes (53%) señaló que las conductas disruptivas contribuyen a la inseguridad en el entorno asistencial, lo que puede aumentar el riesgo de errores médicos y la ocurrencia de eventos adversos (53).

Otro estudio, dirigido específicamente a un grupo de 2821 enfermeras, se encontró una correlación significativa entre los comportamientos disruptivos y el género. Las enfermeras, en su mayoría mujeres, informaron una incidencia desproporcionadamente alta de abusos verbales y físicos en comparación con sus colegas masculinos. Estos resultados ponen de relieve la necesidad urgente de abordar no solo los comportamientos disruptivos en sí, sino también las disparidades de género que pueden influir en su manifestación y en los efectos que generan en el personal sanitario (60).

En lo que respecta al segundo artículo, y en una línea similar a otros estudios previos que han investigado el comportamiento disruptivo en entornos sanitarios (53,103,104,198–201), nuestros resultados respaldan la validez y utilidad de la *"Nurse Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care"* tras su traducción y adaptación al español. Este proceso ha

confirmado que la herramienta es plenamente aplicable en el contexto español, abriendo así nuevas oportunidades para la investigación y comparación de las conductas disruptivas a nivel nacional e internacional.

Previo a este estudio, una revisión sistemática exhaustiva (202) reveló una notable carencia de investigaciones en España sobre la construcción o adaptación transcultural de instrumentos destinados a evaluar las conductas disruptivas en la atención sanitaria y su impacto en la seguridad asistencial. Sin embargo, la creación de la herramienta *"Encuesta sobre la relación enfermera-médico: Impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente"* (203) supuso un punto de inflexión en este sentido.

Al analizar esta herramienta, se identificó que su enfoque podría proporcionar respuestas a las preguntas clave planteadas en nuestro contexto. Específicamente, permite identificar aspectos relacionados con los comportamientos disruptivos en la atención sanitaria y su conexión con eventos adversos, niveles de satisfacción del personal y del paciente, calidad de la comunicación entre profesionales, así como estrategias de mejora en el ambiente laboral. Esta adaptación y aplicación local del instrumento no solo enriquece la comprensión de las dinámicas de trabajo en los entornos de salud en España, sino que también brinda una plataforma para comparar los hallazgos y prácticas con otros países, impulsando así el avance en la gestión y prevención de los comportamientos disruptivos a nivel global.

Al considerar la selección del cuestionario para nuestro estudio, se evaluó cuidadosamente la proyección internacional y el reconocido prestigio de los autores de la versión original en el tema estudiado. Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en una variedad de estudios y especialidades médicas

(53,102–104,198–201,204,205), lo que respalda su validez y relevancia en el ámbito de la salud.

Sin embargo, es importante señalar que ninguno de los estudios previos que utilizan este cuestionario llevó a cabo una adaptación transcultural con el mismo nivel de rigurosidad metodológica que hemos implementado en nuestro estudio. Además, ninguno de ellos realizó un análisis de fiabilidad del instrumento. Esta carencia de procesos metodológicos sólidos dificulta la comparación directa de los resultados obtenidos en nuestro estudio con los de otras investigaciones similares, lo que resalta la necesidad de un enfoque más sistemático y uniforme en la adaptación de instrumentos en el ámbito sanitario.

Es relevante destacar que el proceso de adaptación transcultural en entornos sanitarios tiene sus raíces en la década de 1960, particularmente en el campo de la salud mental. Sin embargo, es evidente que los métodos y enfoques utilizados en ese entonces pueden no ser adecuados para abordar las complejidades y especificidades de los instrumentos modernos. En la actualidad, el proceso de adaptación cultural es reconocido como un procedimiento metodológico riguroso que va más allá de la mera traducción lingüística. Este enfoque se ha vuelto fundamental para garantizar la validez y la fiabilidad de los instrumentos en contextos culturales diversos, lo que refleja los avances científicos y metodológicos en el campo de la investigación en salud.

En nuestro estudio, se implementaron medidas exhaustivas para lograr una versión lingüística y transcultural de alta calidad del instrumento utilizado. El método propuesto por Beaton et al.(186), reconocido como uno de los más ampliamente empleados para la adaptación transcultural, fue adoptado en nuestra investigación. Este método destaca por su enfoque sistemático y su

énfasis en el seguimiento riguroso de etapas específicas, así como por la participación activa del autor del cuestionario original. En nuestro caso, el autor de la versión original no solo otorgó su autorización para el uso del instrumento, sino que también colaboró activamente en las distintas etapas del estudio y dio su aprobación a la versión final creada por el panel de expertos.

El diseño del proceso metodológico de adaptación y validación no estuvo exento de desafíos, especialmente dada la variabilidad de las escalas de respuesta empleadas en el cuestionario. Sin embargo, el alto coeficiente de competencia (K) obtenido por el panel de expertos implicados en el proceso garantizó un nivel óptimo de competencia para evaluar la idoneidad del instrumento (190).

Es fundamental destacar que la selección de expertos idóneos, con experiencia y conocimientos relevantes en el área de estudio, desempeñó un papel crucial en la validación del instrumento. Esto aseguró que la evaluación del cuestionario se llevara a cabo con un alto grado de precisión y fiabilidad, lo que es esencial para garantizar la validez y utilidad del instrumento en el contexto específico de nuestro estudio.

En relación con la composición de los ítems, se llevó a cabo un meticuloso proceso de revisión por parte del panel de expertos, con el objetivo de garantizar la calidad y la claridad de cada ítem, así como de abordar cualquier ambigüedad o término dudoso identificado durante el proceso de traducción. En este sentido, todos los ítems, así como las palabras cuestionadas, fueron sometidos a un riguroso análisis, obteniendo un consenso del 95% por parte del panel de expertos en cada decisión tomada. Este enfoque aseguró que cada modificación o ajuste realizado en el cuestionario estuviera plenamente justificado y respaldado por un amplio acuerdo entre los expertos involucrados en el proceso.

Uno de los aspectos más destacados de este proceso fue la firme decisión del panel de expertos en relación con la notificación de eventos adversos. Se tomó la decisión unánime de excluir el término "no punitivo" de los ítems relacionados con este aspecto, ya que se consideró que este concepto es inherente e intrínseco a cualquier sistema de notificación efectivo. Esta decisión se fundamenta en evidencias que demuestran que la confidencialidad, la no punición y el anonimato son principios fundamentales en la configuración de un sistema de notificación de eventos adversos.

Los citados principios no solo fomentan un entorno seguro y de alta calidad en la atención sanitaria, sino que también contribuyen a crear una cultura positiva y colaborativa, que promueve la transparencia y la prevención de la subnotificación y el rechazo de incidentes (206,207).

Durante el proceso de evaluación de los ítems, se observó que el único ítem que obtuvo un Índice de Consistencia (IC) inferior a 0,80 fue el ítem 5: "¿Existe alguna especialidad concreta en la que se produzcan más eventos disruptivos?". A pesar de su valor de IC, este ítem no fue eliminado tras la exhaustiva revisión llevada a cabo por el panel de expertos e investigadores. La justificación radicó en el reconocimiento de la importancia de identificar no solo el entorno específico (unidad), sino también cualquier especialidad médica que pudiera ser más susceptible a la ocurrencia de conductas disruptivas. Se entendió que este ítem aportaba una dimensión adicional de análisis al cuestionario y complementaba la comprensión global de los factores asociados a estas conductas.

Es crucial destacar que, a pesar de su IP ligeramente inferior, el ítem 5 demostró un Índice de Pertinencia (IP) de 0,81. Este valor indicó que el ítem era adecuado, oportuno y relevante para el tema bajo estudio. Los IP de los ítems se consideran

indicadores clave de la pertinencia de los mismos en relación con el objeto de estudio y los objetivos de la investigación (208). Estos resultados subrayan la importancia de considerar múltiples criterios de evaluación al analizar la idoneidad de los ítems en un cuestionario.

Es esencial resaltar que el método Delphi utilizado en este estudio proporcionó una plataforma efectiva para someter la propuesta de adaptación del instrumento al juicio de expertos. Este enfoque permitió que los expertos evaluaran y valoraran los criterios de calidad necesarios para garantizar que el instrumento fuera una escala consistente y coherente. Además, este método facilitó la adaptación de los conceptos explorados en el cuestionario para asegurar su relevancia y aplicabilidad en el contexto del sistema sanitario español. Este proceso meticuloso y participativo contribuyó significativamente a la robustez y validez del instrumento adaptado.

Según Rehder et al. (147), existe una falta de comprensión por parte de las organizaciones en cuanto a la aparición y medición de los comportamientos disruptivos en el contexto sanitario, debido a la escasez de investigación sobre este tema. Por consiguiente, se destaca la importancia de llevar a cabo estudios que identifiquen estos comportamientos y analicen estrategias de mejora, con el fin de fomentar una cultura proactiva en la prevención y el seguimiento de estos fenómenos.

En cuanto al tercer estudio que conforma el compendio de artículos de esta tesis, el mismo reveló que los profesionales de la salud evaluaron el ambiente en la relación entre enfermeras y médicos en los hospitales de referencia como relativamente bueno, aunque susceptible de mejoras. Identificamos que la edad, especialmente entre los 30 y 49 años, y trabajar en unidades de cuidados

intensivos (UCI) y quirófanos, particularmente en el ámbito de cirugía general, son las variables que más influyen en la percepción del ambiente en la relación médico- enfermera, así como en la percepción de la gravedad de los problemas causados por comportamientos disruptivos.

Uno de los hallazgos más significativos de nuestro estudio fue el impacto negativo de las conductas disruptivas en los indicadores de seguridad del paciente. Observamos que estas conductas están fuertemente asociadas con un bajo grado de satisfacción entre enfermeras, médicos y pacientes. Es importante destacar que los médicos son quienes valoran de manera significativamente más negativa el efecto de las conductas disruptivas en la calidad asistencial.

Además, la mayoría de los participantes informaron haber tenido conocimiento de algún evento adverso como resultado de un comportamiento disruptivo, evento que probablemente podría haberse evitado. Este hallazgo subraya la importancia de mejorar la comunicación y la transparencia en la información proporcionada a los familiares y pacientes, con el objetivo de prevenir y mitigar los efectos adversos derivados de los comportamientos disruptivos en el entorno sanitario.

Aunque los comportamientos disruptivos no son raros (48,209), su presencia debería ser motivo de gran preocupación para las instituciones sanitarias. Mejorar la seguridad del paciente y cultivar un entorno laboral que propicie resultados positivos son objetivos primordiales en cualquier entorno de atención médica (79,210). A pesar de esto, la literatura científica sobre este tema en el ámbito sanitario es escasa. Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, este estudio representa el primero de su tipo en España que aborda de manera explícita los comportamientos disruptivos en el ámbito sanitario.

Los primeros estudios publicados en este ámbito fueron realizados por Rosenstein et al., quienes también son los autores del instrumento utilizado en nuestra investigación. En 2002, llevaron a cabo un análisis de 1,200 cuestionarios en la costa oeste de Estados Unidos (203). Posteriormente, en 2005, realizaron un estudio con 244 participantes (211). Estas investigaciones pioneras sentaron las bases para abordar el problema de las conductas disruptivas en el entorno sanitario, pero aún queda mucho por explorar y comprender en este campo emergente.

En los últimos años, estudios similares al nuestro han enfrentado desafíos con tasas de respuesta inferiores a la nuestra, que alcanzó un notable 74%. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en Singapur registró una tasa de respuesta de casi el 40% (39.9%), con una mayoría de participantes médicos (64.2%) (212). Estas cifras contrastan con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En el contexto de la atención sanitaria iraní, se identificaron dos estudios especialmente importantes al respecto. Uno de ellos se realizó en centros de salud afiliados a la Universidad de Isfahan, con la participación de 248 profesionales, predominantemente enfermeras (130). El otro estudio se llevó a cabo en cuatro servicios de urgencias, con la participación de 45 médicos y 110 enfermeras (53). Es importante tener en cuenta las diferencias culturales y sociales que pueden influir en las tasas de respuesta y la participación en estudios de este tipo.

Se podría argumentar que los profesionales que participaron en nuestro estudio podrían tener una mayor conciencia post - pandémica, lo que podría haber influido en su disposición a participar en estudios destinados a mejorar los aspectos psicosociales asociados al proceso asistencial. Esta mayor conciencia podría haber sido catalizada por los desafíos y cambios significativos

experimentados durante la pandemia, lo que habría aumentado la sensibilidad hacia temas relacionados con el bienestar psicológico en el ámbito sanitario.

De acuerdo con nuestra escala de valoración de 10 puntos, los profesionales participantes revelaron una percepción que oscila entre moderada y alta, con una media de 8.05 puntos. Asimismo, algunos factores sociodemográficos y laborales, como tener entre 30 y 49 años y trabajar en servicios de cirugía y UCI, emergen como los principales impulsores de esta percepción.

En cuanto a la influencia de la edad, los resultados eran previsibles, dado que es probable que los profesionales más experimentados adquieran una perspectiva más crítica y una mayor sensibilidad hacia los aspectos laborales que podrían pasar desapercibidos para sus colegas más jóvenes.

En relación al tipo de servicio, diversos estudios han identificado las áreas de urgencias y quirófanos como los entornos más significativos en la manifestación de conductas disruptivas. Estos ambientes, caracterizados por altos niveles de estrés, comunicación intensiva y concentración, han sido objeto de investigación en múltiples ocasiones (130,198,203–205). Sin embargo, sorprendentemente, nuestros hallazgos, en línea con los de Rosenstein & O'Daniel (204), sugieren que el servicio de urgencias no se destaca significativamente en la percepción general. Por el contrario, la UCI y el quirófano emergen como áreas de mayor relevancia en la percepción de comportamientos disruptivos.

Es importante señalar que el coeficiente de determinación R-cuadrado de Nagelkerke del 11.5% resalta la necesidad de interpretar estos resultados con cautela y de considerar la posible relación lineal con otras variables sociolaborales en futuras investigaciones. Este resultado subraya la complejidad

del fenómeno de las conductas disruptivas y resalta la importancia de una exploración más profunda para comprender completamente sus determinantes y efectos en el entorno sanitario.

Al analizar las percepciones en función del tipo de departamento y especialidad, se observan diferencias significativas. En cuanto a la prevalencia de los comportamientos disruptivos según el tipo de departamento, nuestro estudio identifica al servicio de urgencias y la UCI como los más relevantes. Sin embargo, al considerar la especialidad, se evidencia una mayor frecuencia en cirugía general, hallazgo que coincide con la investigación de Saghaei et al. (130).

Estos resultados subrayan el contexto particular de los servicios mencionados, caracterizado por una demanda alta y un avanzado nivel tecnológico, donde la delgada línea entre la vida y la muerte puede definirse por un instante o un error en la atención. Se comprende que estas características inherentes a los entornos de urgencias, UCI y cirugía general pueden contribuir significativamente a la percepción de comportamientos disruptivos por parte del personal sanitario.

Nuestros resultados destacan una discrepancia significativa con respecto a la literatura existente sobre la observación de conductas disruptivas en entornos de atención médica. Estudios previos han señalado que tanto los clínicos como los enfermeros clínicos son testigos frecuentes de este tipo de comportamientos en sus lugares de trabajo, principalmente por parte de los clínicos. Sin embargo, en nuestro estudio, los clínicos reportaron haber presenciado comportamientos disruptivos por parte de otros médicos y enfermeras con mayor frecuencia que los informados por las enfermeras, en línea con los resultados encontrados por Lim et al. (212).

Este hallazgo es notable y desafía la concepción predominante, sugiriendo que las enfermeras que trabajan en atención directa, especialmente en contextos como urgencias y quirófanos, caracterizados por jerarquías y manifestaciones de autoridad, son más susceptibles a comportamientos abusivos por parte de los médicos. Este resultado subraya la importancia de comprender las dinámicas de poder y la cultura organizacional en el entorno sanitario, así como de implementar medidas específicas para abordar y prevenir las conductas disruptivas, promoviendo así un ambiente laboral más colaborativo y seguro para todos los profesionales de la salud.

Nuestros hallazgos revelan que tanto médicos como enfermeras de mayor edad muestran una percepción más aguda de la gravedad asociada a los comportamientos disruptivos, especialmente en el contexto del servicio quirúrgico. Este fenómeno sugiere que la edad y la experiencia son factores relevantes en la evaluación profesional de la gravedad de estas conductas.

Este hallazgo tiene importantes implicaciones, ya que sugiere que los profesionales con más experiencia pueden estar más inclinados a expresar sus opiniones sobre las posibles complicaciones y efectos adversos derivados de los comportamientos disruptivos. Su percepción más aguda de la gravedad de estas conductas puede estar influenciada por años de experiencia en entornos médicos, donde han sido testigos de las consecuencias negativas que pueden surgir como resultado de comportamientos disruptivos.

Este resultado destaca la importancia de aprovechar la experiencia y el conocimiento de los profesionales de la salud más experimentados en la identificación y mitigación de los comportamientos disruptivos en el entorno

quirúrgico, así como en la implementación de estrategias efectivas para promover un ambiente de trabajo más colaborativo y seguro.

Según los profesionales y la bibliografía existente, diversos factores están estrechamente relacionados con los comportamientos disruptivos que impactan en el entorno de seguridad en la atención médica. Entre estos factores se encuentran el estrés y la frustración (53,103,130,141,155,204,212,213), la deficiente comunicación (212) y los problemas en la relación entre enfermeras y médicos (130).

Sin embargo, cabe destacar que las enfermeras informan de una percepción más negativa en lo que respecta a la pérdida de concentración y la reducción en la transmisión de información en comparación con sus colegas médicos. Esta observación resalta la importancia crítica de una comunicación efectiva y una transmisión de información adecuada para garantizar una atención segura y de calidad (214,215).

Los profesionales reconocen la relevancia de todos los aspectos de la comunicación para la continuidad de los cuidados y para fomentar una relación laboral positiva entre enfermeras y médicos (216). Tanto las organizaciones sanitarias como las entidades internacionales reconocen que las deficiencias en la comunicación con los pacientes pueden desencadenar problemas significativos de seguridad (216,217).

La promoción de una comunicación eficaz se ha convertido en un objetivo global para mejorar la seguridad del paciente (218), tal como se refleja en el Objetivo Estratégico 6 del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 (219). De acuerdo con Astier-Peña et al. (220), este objetivo se centra en

asegurar un flujo óptimo de información y conocimientos para promover la gestión de riesgos y garantizar una atención más respetuosa en todos los niveles del sistema de salud.

En lo que respecta a los resultados clínicos no deseados asociados con los comportamientos disruptivos, los profesionales de la salud destacan su impacto directo en los niveles de satisfacción tanto de los pacientes como de los propios profesionales, según lo evidencian investigaciones previas (53,130,212,221). Además, existen pruebas de su relación con eventos adversos en la práctica clínica. Dada la naturaleza de las consecuencias y el alcance del impacto de estas conductas, estos resultados eran anticipados.

Se sugiere que estos hallazgos pueden estar vinculados a una cultura institucional que fomenta actitudes y comportamientos que tienen un efecto negativo en las relaciones laborales (222,223), comprometiendo así el entorno de seguridad y debilitando el trabajo en equipo, lo que a su vez afecta la satisfacción laboral de los profesionales. Además, nuestros resultados subrayan que los médicos son quienes perciben con mayor intensidad la relación entre los comportamientos disruptivos, la baja calidad de la asistencia y la mortalidad de los pacientes, en línea con investigaciones previas (53,212).

Sin embargo, es importante abordar estos resultados de causa y efecto con cautela, ya que podrían estar implicados otros factores no estudiados o que podrían estar inherentemente presentes u ocultos en las conductas y actitudes negativas, lo que podría perjudicar el proceso asistencial de manera significativa. Estos aspectos resaltan la necesidad de implementar estrategias efectivas para abordar las conductas disruptivas en el entorno sanitario y promover una cultura de respeto, colaboración y seguridad del paciente.

Aunque los eventos no deseados atribuibles a comportamientos disruptivos no nos sorprendieron, dado lo identificado en otros estudios (53,203,205,212,215,219,224), nos impactó el alto porcentaje observado en el contexto de nuestra investigación. Los profesionales de la salud informaron de eventos adversos como "desinformación a los familiares", "retraso en la atención" y "malentendidos entre el personal". Reconocemos que estos comportamientos disruptivos afectan profundamente al clima de seguridad y pueden acarrear graves consecuencias en el ámbito laboral, comprometiendo la relación entre enfermeras y médicos y presentando obstáculos para mejorar la calidad de los cuidados.

Al analizar estos eventos desde la perspectiva de la taxonomía de los incidentes de seguridad propuesta por la Pirámide de Heinrich (225), observamos que, más que simples sucesos, constituyen incidentes de seguridad del paciente con un claro potencial para causar daños. Estos incidentes se clasifican como cuasi accidentes, lo que indica la posibilidad de haber causado daños al paciente (225), y los médicos indicaron que estas circunstancias de riesgo para la seguridad del paciente podrían haberse evitado. Además, destacaron la existencia de directrices claras en sus centros para abordar los comportamientos disruptivos, ya sea a través de protocolos establecidos o códigos de conducta.

Creemos firmemente que este aspecto es de suma relevancia y debería ser integrado en las estrategias de gestión sanitaria de cada centro e institución. La implementación de medidas claras y efectivas para abordar los comportamientos disruptivos no solo promueve un entorno laboral más seguro y colaborativo, sino que también contribuye a mejorar la calidad de la atención médica y la satisfacción tanto de los pacientes como del personal sanitario.

Al abordar la cuestión relacionada con el sistema de notificación de las conductas disruptivas presenciadas o experimentadas, casi la totalidad de los profesionales señalaron que se trata de un sistema no punitivo. Sin embargo, una proporción significativa expresó que el temor a las represalias era una preocupación importante, actuando como una barrera sustancial para informar sobre este tipo de conductas. Además, manifestaron percibir una falta de retroalimentación o respuesta positiva tras la denuncia, corroborando resultados de investigaciones anteriores (53,130,221,226).

En este contexto, surgen preguntas cruciales. ¿Realmente existe un sistema no punitivo, o persiste el temor entre los profesionales a hablar abierta y honestamente sobre el sistema de denuncia? ¿Comprenden los profesionales el significado y la función inherentes a un sistema de notificación? ¿Han implementado las instituciones sanitarias un sistema de notificación de manera efectiva? Estas interrogantes plantean cuestiones fundamentales sobre la cultura de seguridad del paciente.

A pesar de que han transcurrido más de dos décadas desde la publicación del informe "To Err Is Human"(227), sigue siendo imperativo abordar estas cuestiones para impulsar la mejora continua de la calidad y la seguridad en la atención sanitaria. La base de todos los sistemas sanitarios reside en un compromiso con la mejora de la seguridad del paciente, evidenciado por los esfuerzos conjuntos y la atención centrada en este aspecto crucial.

A pesar de que han pasado dos décadas desde que el National Quality Forum recomendara la implementación de la cultura de la seguridad como la primera de sus "30 prácticas seguras", aún queda camino por recorrer para alcanzar plenamente este objetivo (228). Desde nuestra perspectiva, la "punta del iceberg"

representa solo una fracción visible de un conjunto más amplio de factores que influyen o determinan la práctica segura.

Reconocemos que los aspectos visibles e invisibles están intrínsecamente relacionados con la cultura de seguridad del paciente. Esta cultura, caracterizada por su naturaleza no punitiva y por enfocarse en el aprendizaje a partir de los errores, es un elemento fundamental para promover la seguridad y mejorar la calidad de la atención (229).

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

7.1. Conclusiones del estudio N° 1

Los hallazgos de esta revisión sistemática han supuesto una actualización del conocimiento científico en esta área, y los resultados pueden seguir utilizándose para facilitar la toma de decisiones y la implementación de nuevas políticas sanitarias.

Los resultados presentados en esta revisión sistemática indican que la aparición de conductas disruptivas compromete la calidad asistencial en el ámbito hospitalario. Estos CDs (descortesía, violencia en el trabajo, sensación de amenaza, mala distribución de la carga de trabajo y negativa a trabajar en equipo) conllevan consecuencias negativas, como la seguridad del paciente, la aparición de efectos adversos, y también pueden afectar a la salud física y mental de los profesionales sanitarios, independientemente de su profesión y de la antigüedad en el puesto de trabajo. Se espera que estos datos puedan utilizarse para desarrollar políticas organizativas que mejoren el lugar de trabajo y los resultados positivos para los pacientes dentro de un entorno laboral saludable.

7.2. Conclusiones del estudio N° 2

El instrumento *“Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of disruptive behavior on patient”* fue adaptado al contexto español y es adecuado para evaluar las conductas disruptivas en las relaciones enfermera-médico y su impacto en la atención al paciente. La utilización de una metodología sistemática y rigurosa

permitió obtener una versión conceptual lingüísticamente equivalente a la original.

La aplicabilidad clínica del instrumento para medir las conductas disruptivas en las relaciones de los profesionales sanitarios consistiría en identificar los factores asociados a dichas conductas y su impacto en la atención sanitaria. La evaluación de los CDs puede servir para diseñar estrategias de prevención y mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente. No obstante, se subraya la importancia de continuar con el análisis del resto de propiedades psicométricas en futuros estudios.

7.3. Conclusiones del estudio N° 3

Los profesionales han valorado que el entorno de la relación enfermera-médico es relativamente bueno en general. Sin embargo, se han observado CDs en la práctica clínica, que pueden tener un impacto negativo en el clima de seguridad y en los resultados clínicos. La edad y el tipo de servicio fueron las variables socioprofesionales más relevantes para la percepción del impacto de los CDs en la relación enfermera-médico. Los factores más asociados con el CD y que influyen en el clima de seguridad fueron el estrés y la frustración, la disminución de la comunicación y los problemas en la relación enfermera-médico. Las enfermeras expresaron percepciones significativamente más negativas de pérdida de concentración y reducción de la transmisión de información.

En cuanto al impacto de los CDs en la relación enfermera-médico y en los resultados clínicos, los médicos tienen una percepción más desfavorable de la calidad de los cuidados, la seguridad de los pacientes e incluso la tasa de

mortalidad. Además, los CDs influyen negativamente en la satisfacción de pacientes, médicos y enfermeras.

Hemos observado que los profesionales aún no comprenden la taxonomía de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, pero tienen una percepción relativamente alta de los incidentes asociados a CDs. Además, persiste una percepción cultural que genera miedo y "poca credibilidad" respecto al sistema de notificación como herramienta de aprendizaje y mejora. Cambiar la cultura no es un reto fácil, pero repercute significativamente en otros países y sigue siendo una prioridad en las estrategias de mejora.

CAPÍTULO VIII. LIMITACIONES

CAPÍTULO VIII. LIMITACIONES

8.1. Limitaciones del estudio N° 1

La principal limitación del estudio está relacionada con la ausencia de estudios de ensayos clínicos sobre CDs asociados a la seguridad del paciente. Dada la heterogeneidad de los estudios incluidos en la revisión sistemática, no fue posible realizar un metaanálisis. Por lo tanto, los hallazgos de esta revisión sistemática han supuesto una actualización del conocimiento científico en esta área, y los resultados pueden seguir utilizándose para facilitar la toma de decisiones y la implementación de nuevas políticas sanitarias.

8.2. Limitaciones del estudio N° 2

Este estudio no está exento de limitaciones. El uso de una muestra de 11 expertos, 10 enfermeras y 50 médicos/enfermeras podría crear un posible sesgo con respecto a la subjetividad y la generalización de los resultados. Sin embargo, la realización de las tres fases del estudio, con las diferentes muestras, dotó al estudio de rigor metodológico. Otra limitación podría ser que la prueba piloto sólo se realizó con enfermeras. Por último, otra limitación podría ser que en la tercera fase del estudio no se recogieron algunos antecedentes relevantes de los encuestados (hospitales públicos, rurales, urbanos, etc.).

8.3. Limitaciones del estudio N° 3

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, la muestra utilizada. Nuestro estudio se centró en cinco hospitales de los 9 Departamentos de Salud de la Región de Murcia, España. Esta selección puede restringir la interpretación de los resultados, ya que se describe como una percepción global de los profesionales sólo en los hospitales de una región específica de España.

Aunque no era nuestro objetivo principal, es importante señalar que la inclusión de otras categorías profesionales podría enriquecer la comprensión de la importancia general de las conductas disruptivas. Este aspecto debería abordarse en futuros estudios.

Es esencial recordar que los sujetos de nuestro estudio representan sólo una muestra de la población total, lo que también implica ciertas limitaciones en cuanto a la posibilidad de generalizar los hallazgos. El segundo aspecto se refiere a la encuesta "*Nurse-Physician Relationship Survey: Impact of disruptive behavior on patient*". Aunque los resultados del estudio previo de adaptación y validación en español fueron satisfactorios, hay que considerar ciertos aspectos importantes. No se han encontrado muchos cuestionarios o escalas que aborden específicamente la conducta disruptiva en el ámbito hospitalario. Aunque esta escala cubre todos los aspectos relevantes para los objetivos de nuestra investigación, se dispone de pocos estudios que permitan comparar los resultados obtenidos. En el contexto español no se ha identificado ninguna hasta la fecha.

No obstante, se necesita más investigación para evaluar la percepción de los CDs en el ámbito hospitalario y su impacto en la seguridad del paciente utilizando este instrumento nacional e internacional para establecer comparaciones significativas entre diferentes países. Por último, otra limitación del estudio es la falta de consideración de posibles variables de confusión. Aunque se hicieron esfuerzos por controlar los factores conocidos, las variables fuera del alcance de esta investigación podrían influir en los resultados. Futuros estudios deberían abordar estas variables para proporcionar una comprensión más completa de los fenómenos investigados.

CAPÍTULO IX. APLICACIONES PRÁCTICAS

CAPÍTULO IX. APLICACIONES PRÁCTICAS

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, se derivan una serie de aplicaciones prácticas que pueden tener un impacto significativo en el entorno sanitario. En primer lugar, se destaca el desarrollo de una herramienta de evaluación específica para los comportamientos disruptivos en el ámbito de la salud. Como se ha demostrado en este estudio, se ha llevado a cabo la adaptación y validación de un instrumento destinado a evaluar el comportamiento disruptivo en la relación médico-enfermera dentro de los hospitales españoles. Esta herramienta presenta una oportunidad invaluable para los hospitales y profesionales de la salud, ya que les permite identificar y abordar los comportamientos disruptivos de manera más efectiva, lo que conduce a mejoras tangibles en la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Además, la aplicación de esta herramienta ha permitido identificar una serie de factores de riesgo y barreras asociadas con el comportamiento disruptivo, como el miedo a las represalias y el estrés. Estos hallazgos son fundamentales, ya que brindan información crucial para el desarrollo de intervenciones específicas destinadas a abordar estas barreras y promover un entorno de trabajo más seguro y colaborativo en los hospitales.

Por otro lado, los resultados de la investigación resaltan la importancia de abordar el estrés, la frustración y los problemas de comunicación como factores clave para mejorar el clima de seguridad en los entornos sanitarios. Esta especificación es fundamental para orientar el diseño de intervenciones dirigidas a mejorar la comunicación y el trabajo en equipo, lo que a su vez puede contribuir a reducir el comportamiento disruptivo y mejorar la seguridad del paciente.

En el mismo contexto, se ha subrayado la necesidad urgente de fomentar una cultura de comunicación abierta, respeto mutuo y seguridad psicológica entre los profesionales de la salud. Este aspecto es crucial para garantizar un ambiente de trabajo saludable y productivo, y solo puede lograrse a través de programas de formación y sensibilización sobre el impacto de los comportamientos disruptivos en la atención al paciente y los resultados clínicos. Estos programas deben ser una prioridad para las instituciones de salud, ya que tienen el potencial de transformar positivamente la cultura organizativa y mejorar la calidad de la atención en general.

CAPÍTULO X. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO X. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a las posibles futuras líneas de investigación, la primera de ellas se centraría en el desarrollo de intervenciones para mejorar la comunicación interprofesional entre enfermeras y médicos en entornos sanitario, con el fin de promover una atención médica segura y de alta calidad. Estas intervenciones pueden adoptar diversas formas y enfoques, cada uno diseñado para abordar diferentes aspectos de la comunicación y la colaboración entre estos dos grupos profesionales.

Un ejemplo de ellos serían los programas de formación en habilidades de comunicación. Estos programas podrían centrarse en mejorar la capacidad de médicos y enfermeras en las habilidades no técnicas para comunicarse de manera efectiva entre sí. Podrían incluir sesiones de capacitación en estrategias y herramientas de comunicación asertiva, escucha activa, resolución de conflictos y trabajo en equipo. Además, podrían incorporar casos clínicos reales o simulados para proporcionar ejemplos prácticos de cómo aplicar estas habilidades en situaciones clínicas.

Otra opción serían las simulaciones de situaciones clínicas, las cuales ofrecen una oportunidad única para practicar y mejorar la comunicación interprofesional en un entorno controlado y seguro. Podrían diseñarse escenarios realistas que reflejen situaciones comunes en la práctica clínica donde la comunicación efectiva entre médicos y enfermeras es crucial. Estas simulaciones podrían llevarse a cabo en equipos interprofesionales, permitiendo a médicos y enfermeras trabajar juntos para resolver problemas y tomar decisiones clínicas.

Por otra parte, es importante tener en cuenta la aplicación de las herramientas tecnológicas para facilitar la colaboración. El desarrollo y la implementación de

herramientas tecnológicas específicamente diseñadas para mejorar la comunicación entre médicos y enfermeras pueden ser una estrategia efectiva. Esto podría incluir sistemas de mensajería segura, plataformas de gestión de tareas compartidas, registros electrónicos de salud interoperables y aplicaciones móviles diseñadas para facilitar la comunicación rápida y eficiente entre los miembros del equipo de atención médica.

La segunda línea de investigación se podría centrar en investigar el impacto de las conductas disruptivas en la seguridad del paciente, con el fin de comprender cómo estos comportamientos pueden afectar directamente la calidad de la atención médica. Para ello, se podría contar con diversas estrategias de investigación, que incluyen el análisis de casos específicos, por medio de estudios detallados sobre casos específicos en los que las conductas disruptivas han contribuido a errores médicos o eventos adversos. Esto implica examinar los eventos adversos reportados, investigar los factores contribuyentes y analizar cómo las conductas disruptivas han influido en la cadena de eventos que condujeron al resultado adverso para el paciente.

También se podría realizar una evaluación de datos retrospectiva, empleando las bases de datos sanitarias y registros médicos electrónicos para identificar y analizar incidentes relacionados con conductas disruptivas y su impacto en la seguridad del paciente. Esto puede incluir la revisión de informes de incidentes, registros de errores médicos y quejas de pacientes para identificar patrones y tendencias.

Otra opción se centraría en realizar observaciones directas en entornos clínicos para evaluar cómo las conductas disruptivas afectan la comunicación y la toma de decisiones entre los miembros del equipo de atención médica. Esto podría implicar la observación de interacciones entre médicos, enfermeras y otros

profesionales de la salud durante situaciones clínicas reales para identificar comportamientos disruptivos y sus consecuencias. Al igual que se podrían llevar a cabo encuestas y entrevistas a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para recopilar datos sobre sus experiencias con conductas disruptivas y su percepción del impacto en la seguridad del paciente. Esto proporcionaría una comprensión más profunda de cómo estas conductas afectan el trabajo en equipo, la comunicación y la toma de decisiones clínicas.

Por otra parte, la tercera línea de investigación se podría enfocar en explorar las diferencias en la percepción de las conductas disruptivas entre médicos, enfermeras y otras categorías de profesionales de la salud es fundamental para comprender cómo estas dinámicas pueden variar según el rol y la experiencia en el entorno clínico. Esta investigación podría llevarse a cabo a través de diversos métodos, como es el caso de las entrevistas en profundidad con el personal sanitario. Realizar entrevistas en profundidad con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para explorar sus experiencias personales con comportamientos disruptivos. Estas entrevistas podrían centrarse en cómo perciben y manejan estas conductas en su práctica diaria, así como en cómo afectan su bienestar emocional y su capacidad para brindar atención de calidad.

Otra herramienta serían los grupos focales con equipos interprofesionales, con el fin de discutir abierta y colectivamente las dinámicas de comunicación y trabajo en equipo en el entorno clínico. Esto permitiría identificar las percepciones compartidas y las áreas de conflicto entre diferentes grupos de profesionales de la salud.

Asimismo, el invitar a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud a mantener diarios o registros personales sobre sus experiencias con conductas disruptivas en el trabajo. Estos registros podrían proporcionar una visión

detallada de los incidentes específicos, las emociones asociadas y las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Finalmente, la última línea de investigación que podríamos abrir a partir de los resultados de esta tesis serían las intervenciones para promover un clima laboral saludable, centrándose especialmente en diseñar e implementar estrategias específicas dirigidas a cultivar un entorno de trabajo positivo y colaborativo en los hospitales, con el objetivo de reducir los comportamientos disruptivos y mejorar la calidad de vida laboral del personal sanitario.

Estas intervenciones pueden abarcar una variedad de enfoques, como es el caso de los programas de desarrollo de liderazgo. Ofrecer programas de desarrollo de liderazgo para supervisores y gerentes de hospitales, con un enfoque en habilidades de comunicación efectiva, resolución de conflictos y fomento de un ambiente de trabajo inclusivo y de apoyo.

Al mismo tiempo, la formación en la gestión y resolución de conflictos puede ser un elemento esencial para mejorar el entorno laboral. Ya que, proporcionar formación específica en técnicas de gestión de conflictos para todo el personal sanitario, con el objetivo de mejorar la capacidad para resolver diferencias de manera constructiva y promover relaciones de trabajo saludables y colaborativas.

Finalmente, podríamos enfocarnos en promover actividades y programas que fomenten el trabajo en equipo y la colaboración entre diferentes departamentos y profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar la comunicación y la coordinación de la atención al paciente.

CAPÍTULO XI. BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Piper LE. Addressing the Phenomenon of Disruptive Physician Behavior. *The Health Care Manager* [Internet]. 2003 [citado 9 de marzo de 2024];22(4):335-9. Disponible en: https://journals.lww.com/healthcaremanagerjournal/abstract/2003/10000/addressing_the_phenomenon_of_disruptive_physician.7.aspx
2. Vukmir RB. *Disruptive Healthcare Provider Behavior* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2016 [citado 9 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-27924-4>
3. Hollowell EE. The disruptive physician: handle with care. *Trustee*. 1 de junio de 1978;31(6):11-3, 15, 17.
4. Gaete J, Gaete A. Disruptive Behaviors: A Capabilities Approach. En: Lester JN, O'Reilly M, editores. *The Palgrave Encyclopedia of Critical Perspectives on Mental Health* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 [citado 3 de marzo de 2024]. p. 1-16. Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-12852-4_49-1
5. Steiner B, Ellison JM, Butler HD, Cain CM. The Impact of Inmate and Prison Characteristics on Prisoner Victimization. *Trauma, Violence, & Abuse* [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 20 de marzo de 2023];18(1):17-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1524838015588503>
6. Macleod G. Identifying obstacles to a multidisciplinary understanding of 'disruptive' behaviour. *Emotional and Behavioural Difficulties* [Internet]. 3

- de junio de 2010 [citado 3 de marzo de 2024];15(2):95-109. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13632752.2010.480881>
7. Sutton J, Reeves M, Keogh E. Disruptive behaviour, avoidance of responsibility and theory of mind. *British Journal of Developmental Psychology* [Internet]. 2000 [citado 3 de marzo de 2024];18(1):1-11. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/026151000165517>
 8. Powell KM, Rosén LA, Huff ME. Disruptive behavior disorders and the avoidance of responsibility. *Personality and Individual Differences* [Internet]. 1 de octubre de 1997 [citado 3 de marzo de 2024];23(4):549-57. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886997000901>
 9. Garfinkel H. Ethnomethodology's Program. *Social Psychology Quarterly* [Internet]. 1996 [citado 3 de marzo de 2024];59(1):5-21. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/2787116>
 10. Boldrini T, Ghiandoni V, Mancinelli E, Salcuni S, Solmi M. Systematic Review and Meta-analysis: Psychosocial Treatments for Disruptive Behavior Symptoms and Disorders in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 1 de febrero de 2023 [citado 3 de marzo de 2024];62(2):169-89. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856722002532>
 11. Burke JD, Romano-Verthelyi AM. 2 - Oppositional defiant disorder. En: Martel MM, editor. *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders* [Internet]. Academic Press; 2018 [citado 3

- de marzo de 2024]. p. 21-52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012811323300002X>
12. Cautela JR, Baron MG. Multifaceted Behavior Therapy of Self-Injurious Behavior*. En: Upper D, Cautela JR, editores. Covert Conditioning [Internet]. Pergamon; 1979 [citado 3 de marzo de 2024]. p. 283-93. (Pergamon General Psychology Series; vol. 81). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080233468500321>
 13. Hicks S, Stavropoulou C. The Effect of Health Care Professional Disruptive Behavior on Patient Care: A Systematic Review. Journal of Patient Safety [Internet]. marzo de 2022 [citado 13 de noviembre de 2022];18(2):138-43. Disponible en: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2022/03000/The_Effect_of_Health_Care_Professional_Disruptive.10.aspx
 14. Berman-Kishony T, Shvarts S. Universal versus tailored solutions for alleviating disruptive behavior in hospitals. Israel Journal of Health Policy Research [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 3 de marzo de 2024];4(1):1-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13584-015-0018-7>
 15. Patel SE, Chrisman M. Incivility through the continuum of nursing: A concept analysis. Nursing Forum [Internet]. 2020 [citado 27 de noviembre de 2022];55(2):267-74. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nuf.12425>
 16. Fryburg DA. Kindness Isn't Just about Being Nice: The Value Proposition of Kindness as Viewed through the Lens of Incivility in the Healthcare Workplace. Behavioral Sciences [Internet]. junio de 2023 [citado 3 de marzo

- de 2024];13(6):1-16. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-328X/13/6/457>
17. Dal Pai D, Saboia Sturbelle IC, dos Santos C, Petri Tavares J, Lautert L. Physical and Psychological Violence in the Workplace of Healthcare Professionals. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 5 de marzo de 2018 [citado 3 de marzo de 2024];27:1-18. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Nqz7CrLLtVmhNjgjNKgMQ9t/?lang=en>
 18. Yao JJ. Predictors of counterproductive workplace behavior of nurses. *Asia Pacific Journal of Health Management* [Internet]. 29 de julio de 2021 [citado 3 de marzo de 2024];16(2):39-44. Disponible en: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.889836193567390>
 19. Villafranca A, Hiebert B, Hamlin C, Young A, Parveen D, Arora RC, et al. Prevalence and predictors of exposure to disruptive behaviour in the operating room. *Can J Anesth*. 1 de julio de 2019;66(7):781-94.
 20. Meneses Oliveira R, Togue de Arruda Leitao IM, Lima Aguiar L, De Souza Oliveira AC, Mateurs Gazos DM, Sales da Silva LM, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev esc enferm USP* [Internet]. febrero de 2015 [citado 27 de noviembre de 2022];49(1):104-13. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/ThgmtFkdbVkyh6gZz3SfYVx/?lang=en&format=html>
 21. Hicks S, Stavropoulou C. The Effect of Health Care Professional Disruptive Behavior on Patient Care: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*. marzo de 2022;18(2):138-43.

22. Rossano JW, Berger S, Penny DJ. The hard talk: Dealing with the disruptive physician. *Progress in Pediatric Cardiology*. 1 de diciembre de 2020;59(103315):1-3.
23. Wright C. The disruptive physician and impact on the culture of safety. *Current Opinion in Anesthesiology*. junio de 2021;34(3):387-91.
24. Harolds JA. Quality and Safety in Healthcare, Part LXXIV: Combating Disruptive Behavior in Healthcare Workers. *Clinical Nuclear Medicine*. enero de 2022;47(1):e1-3.
25. Simpson KR. Disruptive Behavior in the Clinical Setting: Implications for Patient Safety. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. junio de 2017;42(3):188.
26. Lachman VD. Ethical Issues in the Disruptive Behaviors of Incivility, Bullying, And Horizontal/Lateral Violence. *Urologic nursing*. 2015;35(1):39-42.
27. Purpora C, Cooper A, Sharifi C, Lieggi M. Workplace bullying and risk of burnout in nurses: a systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*. diciembre de 2019;17(12):2532-40.
28. Gautham KS. Addressing Disruptive and Unprofessional Physician Behavior. *JCJQPS*. 1 de febrero de 2020;46(2):61-3.
29. Dang D, Bae SH, Karlowicz KA, Kim MT. Do Clinician Disruptive Behaviors Make an Unsafe Environment for Patients? *Journal of Nursing Care Quality*. junio de 2016;31(2):115-23.

30. Houck NM, Colbert AM. Patient Safety and Workplace Bullying: An Integrative Review. *Journal of Nursing Care Quality*. junio de 2017;32(2):164-71.
31. Webb LE, Dmochowski RR, Moore IN, Pichert JW, Catron TF, Troyer M, et al. Using Coworker Observations to Promote Accountability for Disrespectful and Unsafe Behaviors by Physicians and Advanced Practice Professionals. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 1 de abril de 2016;42(4):149-61.
32. Cullati S, Bochatay N, Maître F, Laroche T, Muller-Juge V, Blondon KS, et al. When Team Conflicts Threaten Quality of Care: A Study of Health Care Professionals' Experiences and Perceptions. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*. 1 de marzo de 2019;3(1):43-51.
33. Laschinger HKS, Read EA. The Effect of Authentic Leadership, Person-Job Fit, and Civility Norms on New Graduate Nurses' Experiences of Coworker Incivility and Burnout. *The Journal of Nursing Administration*. 2016;46(11):574-80.
34. Read E, Laschinger HK. Correlates of New Graduate Nurses' Experiences of Workplace Mistreatment. *The Journal of Nursing Administration*. 2013;43(4):221-8.
35. Blackstock S, Salami B, Cummings GG. Organisational antecedents, policy and horizontal violence among nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*. 2018;26(8):972-91.

36. Lewis P, Rosén R, Unsbo P, Gustafsson J. Resolution of static and dynamic stimuli in the peripheral visual field. *Vision Research*. 15 de agosto de 2011;51(16):1829-34.
37. Peng X, Gan Y, Zeng Q, Xiong L, Zhang F, Xiong H, et al. Nurse-to-nurse horizontal violence in Chinese hospitals and the protective role of head nurse's caring and nurses' group behaviour on it: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*. 2022;30(6):1590-9.
38. Chachula KM, Varley E. Perceptions and experiences of psychological trauma in nursing and psychiatric nursing students: A small scale qualitative case study. *PLOS ONE*. 3 de noviembre de 2022;17(11):1-15.
39. Vessey JA, Williams L. Addressing Bullying and Lateral Violence in the Workplace: A Quality Improvement Initiative. *Journal of Nursing Care Quality*. marzo de 2021;36(1):20-4.
40. Bambi S, Foà C, De Felippis C, Lucchini A, Guazzini A, Rasero L. Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *Acta Biomed*. 2018;89(Suppl 6):51-79.
41. Goh HS, Hosier S, Zhang H. Prevalence, Antecedents, and Consequences of Workplace Bullying among Nurses—A Summary of Reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2022;19(14):1-25.
42. Abdallah SAE, Mostafa SAM. Effects of Toxic Leadership on Intensive Care Units Staff Nurses' Emotional Intelligence and Their Organizational

- Citizenship Behaviors. *Tanta Scientific Nursing Journal*. 1 de agosto de 2021;22(3):211-40.
43. Rosenstein AH. Physician disruptive behaviors: Five year progress report. *World J Clin Cases*. 16 de noviembre de 2015;3(11):930-4.
 44. Villafranca A, Fast I, Jacobsohn E. Disruptive behavior in the operating room: prevalence, consequences, prevention, and management. *Current Opinion in Anesthesiology*. junio de 2018;31(3):366-74.
 45. Fast I, Villafranca A, Henrichs B, Magid K, Christodoulou C, Jacobsohn E. Disruptive behaviour in the operating room is under-reported: an international survey. *Can J Anesth/J Can Anesth*. 1 de febrero de 2020;67(2):177-85.
 46. Maddineshat M, Rosenstein AH, Akaberi A, Tabatabaeichehr M. Disruptive Behaviors in an Emergency Department: the Perspective of Physicians and Nurses. *J Caring Sci*. 1 de septiembre de 2016;5(3):241-9.
 47. Westbrook J, Sunderland N, Atkinson V, Jones C, Braithwaite J. Endemic unprofessional behaviour in health care: the mandate for a change in approach. *Medical Journal of Australia*. noviembre de 2018;209(9):380-1.
 48. Bansal AS. Disruptive behaviour amongst doctors, myth or reality? *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 13 de enero de 2014;3(2):399-407.
 49. Layne DM, Nemeth LS, Mueller M, Schaffner MJ, Stanley KM, Martin MM, et al. Negative behaviours in health care: Prevalence and strategies. *Journal of Nursing Management*. 2019;27(1):154-60.

50. Grocott HP, Bryson GL. The physician at risk: disruptive behaviour, burnout, addiction, and suicide. *Can J Anesth/J Can Anesth*. 1 de febrero de 2017;64(2):119-21.
51. Stewart K, Wyatt R, Conway J. Unprofessional behaviour and patient safety. *International Journal of Clinical Leadership*. 2011;11(2):93-101.
52. Rogers-Clark C, Pearce S, Cameron M. Management of disruptive behaviour within nursing work environments: a comprehensive systematic review of the evidence. *JBIEvidence Synthesis*. 2009;7(15):615-78.
53. Maddineshat M, Rosenstein AH, Akaberi A, Tabatabaeichehr M. Disruptive Behaviors in an Emergency Department: the Perspective of Physicians and Nurses. *J Caring Sci [Internet]*. 1 de septiembre de 2016 [citado 31 de agosto de 2022];5(3):241-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045958/>
54. Borges NJ, Manuel RS, Elam CL, Jones BJ. Differences in motives between Millennial and Generation X medical students. *Medical Education*. 2010;44(6):570-6.
55. Parry AM, Barriball KL, While AE. Factors contributing to Registered Nurse medication administration error: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 1 de enero de 2015;52(1):403-20.
56. Katz MG, Rockne WY, Braga R, McKellar S, Cochran A. An improved patient safety reporting system increases reports of disruptive behavior in the perioperative setting. *The American Journal of Surgery*. 1 de enero de 2020;219(1):21-6.

57. Willis MH, Friedman EM, Donnelly LF. Optimizing Performance by Preventing Disruptive Behavior in Radiology. *RadioGraphics*. octubre de 2018;38(6):1639-50.
58. Rawson JV, Thompson N, Sostre G, Deitte L. The Cost of Disruptive and Unprofessional Behaviors in Health Care. *Academic Radiology*. 1 de septiembre de 2013;20(9):1074-6.
59. Figley C, Huggard P, Rees C. *First Do No Self Harm: Understanding and Promoting Physician Stress Resilience*. Oxford University Press; 2013. 397 p.
60. Small CR, Porterfield S, Gordon G. Disruptive behavior within the workplace. *App Nurs Res [Internet]*. 1 de mayo de 2015 [citado 2 de septiembre de 2022];28(2):67-71. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189714001633>
61. Al-Momani MM, Al-Ghabeesh SH, Qattom H. The Impact of Workplace Bullying on Health Care Quality, Safety and Work Productivity in Jordan: A Systematic Review. *Journal of Health Management [Internet]*. 1 de noviembre de 2023 [citado 17 de febrero de 2024];1(1):1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/09720634231195168>
62. Aunger JA, Maben J, Abrams R, Wright JM, Mannion R, Pearson M, et al. Drivers of unprofessional behaviour between staff in acute care hospitals: a realist review. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 30 de noviembre de 2023 [citado 17 de febrero de 2024];23(1):1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10291-3>

63. Holm AL, Rowe Gorosh M, Brady M, White-Perkins D. Recognizing Privilege and Bias: An Interactive Exercise to Expand Health Care Providers' Personal Awareness. *Academic Medicine*. marzo de 2017;92(3):360-4.
64. Williams DR, Wyatt R. Racial Bias in Health Care and Health: Challenges and Opportunities. *JAMA*. 11 de agosto de 2015;314(6):555-6.
65. Rosenstein A. Using Emotional Intelligence to Improve Physician Behaviors. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*. 15 de febrero de 2015;Vol.1:1-5.
66. Karim S, Duchcherer M. Intimidation and harassment in residency: a review of the literature and results of the 2012 Canadian Association of Interns and Residents National Survey. *Can Med Educ J*. 17 de diciembre de 2014;5(1):e50-7.
67. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 8 de diciembre de 2015;314(22):2373-83.
68. Rosenstein AH. Physician stress and burnout: what can we do? *Physician Executive*. 1 de noviembre de 2012;38(6):22-9.
69. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*. 1 de diciembre de 2015;90(12):1600-13.

70. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Mayo Clinic, Sinsky CA, American Medical Association, Cipriano PF, et al. Burnout Among Health Care Professionals: A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care. *NAM Perspectives*. 5 de julio de 2017;7(7):1-11.
71. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA. Potential Impact of Burnout on the US Physician Workforce. *Mayo Clinic Proceedings*. 1 de noviembre de 2016;91(11):1667-8.
72. Quigley E, Schwoebel A, Ruggiero J, Inacker P, McEvoy T, Hollister S. Addressing Workplace Violence and Aggression in Health Care Settings:: One Unit's Journey. *Nurse Leader*. 1 de febrero de 2021;19(1):70-5.
73. Afzali M, Mokhtari Nouri J, Ebadi A, Khademolhoseyni SM, Reje N. The Causes of Disruptive Behaviors in Nursing Workforce: A Systematic Review. *International Journal of Medical Reviews*. 1 de octubre de 2015;2(3):265-71.
74. Azar M, Badr LK, Samaha H, Dee V. Does administrative support negate the consequences of nurse abuse? *Journal of Nursing Management*. 2016;24(1):E32-43.
75. Lux KM, Hutcheson JB, Peden AR. Successful Management of Disruptive Behavior: A Descriptive Study. *Issues in Mental Health Nursing*. 6 de abril de 2012;33(4):236-43.
76. Moore LW, Sublett C, Leahy C. Nurse Managers Speak Out About Disruptive Nurse-to-Nurse Relationships. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. enero de 2017;47(1):24-9.

77. Afzali M, Mokhtari Nouri J, Ebadi A, Khademolhoseyni SM, Reje N. The Causes of Disruptive Behaviors in Nursing Workforce: A Systematic Review. *International Journal of Medical Reviews* [Internet]. 1 de octubre de 2015 [citado 6 de noviembre de 2022];2(3):265-71. Disponible en: http://www.ijmedrev.com/article_68668.html
78. Villafranca A, Hiebert B, Hamlin C, Young A, Parveen D, Arora RC, et al. Prevalence and predictors of exposure to disruptive behaviour in the operating room. *Can J Anesth* [Internet]. 1 de julio de 2019 [citado 2 de septiembre de 2022];66(7):781-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01333-8>
79. Katz MG, Rockne WY, Braga R, McKellar S, Cochran A. An improved patient safety reporting system increases reports of disruptive behavior in the perioperative setting. *The American Journal of Surgery* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 6 de noviembre de 2022];219(1):21-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961019302454>
80. Addison K, Luparell S. Rural Nurses' Perceptions of Disruptive Behavior and Clinical Outcomes: A Pilot Study. *OJRNHC* [Internet]. 3 de febrero de 2014 [citado 31 de agosto de 2022];14(1):66-82. Disponible en: <https://rnojournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/300>
81. Keller S, Tschan F, Semmer NK, Timm-Holzer E, Zimmermann J, Candinas D, et al. "Disruptive behavior" in the operating room: A prospective observational study of triggers and effects of tense communication episodes in surgical teams. *PLoS One* [Internet]. 12 de diciembre de 2019 [citado 17 de

- febrero de 2024];14(12):1-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6907803/>
82. Kyle Rehder J, Adair KC, Hadley A, McKittrick K, Frankel A, Leonard M, et al. Associations Between a New Disruptive Behaviors Scale and Teamwork, Patient Safety, Work-Life Balance, Burnout, and Depression. *The J Comm J on Qual and Pat Saf* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 2 de septiembre de 2022];46(1):18-26. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725019303927>
83. Nakhaee S, Nasiri A. Inter-professional Relationships Issues among Iranian Nurses and Physicians: A Qualitative Study. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2017 [citado 17 de febrero de 2024];22(1):8-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5364759/>
84. Hamblin LE, Essenmacher L, Ager J, Upfal M, Luborsky M, Russell J, et al. Worker-to-Worker Violence in Hospitals: Perpetrator Characteristics and Common Dyads. *Workplace Health Saf* [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado 27 de noviembre de 2022];64(2):51-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2165079915608856>
85. Patel SE, Chrisman M. Incivility through the continuum of nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*. 2020;55(2):267-74.
86. Campos M, Lira MJ, Mery P, Calderón M, Sepúlveda M, Pimentel F, et al. Disruptive behavior in the operating room: Systemic over individual determinants. *International Journal of Surgery Open*. 1 de junio de 2022;43:1-8.

87. Paul M, Maglaras L, Ferrag MA, Almomani I. Digitization of healthcare sector: A study on privacy and security concerns. *ICT Express* [Internet]. 1 de agosto de 2023 [citado 10 de diciembre de 2023];9(4):571-88. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405959523000243>
88. Utter J, McCray S, Denny S. Eating Behaviours Among Healthcare Workers and Their Relationships With Work-Related Burnout. *American Journal of Lifestyle Medicine* [Internet]. 1 de marzo de 2023 [citado 17 de febrero de 2024];1(1):1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/15598276231159064>
89. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient Complaints and Malpractice Risk. *JAMA* [Internet]. 12 de junio de 2002 [citado 3 de marzo de 2024];287(22):2951-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.287.22.2951>
90. Hickson GB, Federspiel CF, Blackford J, Pichert JW, Gaska W, Merrigan MW, et al. Patient complaints and malpractice risk in a regional healthcare center. *South Med J* [Internet]. 1 de agosto de 2007 [citado 3 de marzo de 2024];100(8):791-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e318063bd75>
91. Cydulka RK, Tamayo-Sarver J, Gage A, Bagnoli D. Association of Patient Satisfaction with Complaints and Risk Management among Emergency Physicians. *The Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 1 de octubre de 2011 [citado 3 de marzo de 2024];41(4):405-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467910009984>
92. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review.

- West J Nurs Res [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 26 de febrero de 2023];41(2):279-304. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0193945917747416>
93. Edmonds CR, Liguori GA, Stanton MA. Two Cases of a Wrong-Site Peripheral Nerve Block and a Process to Prevent This Complication. *Reg Anesth Pain Med* [Internet]. 1 de enero de 2005 [citado 3 de marzo de 2024];30(1):99-103. Disponible en: <https://rapm.bmj.com/content/30/1/99>
94. Rosenstein A. Disruptive and Unprofessional Behaviors. En: Brower KJ, Riba MB, editores. *Physician Mental Health and Well-Being: Research and Practice* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [citado 3 de marzo de 2024]. p. 61-85. (Integrating Psychiatry and Primary Care). Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-55583-6_3
95. Kissoon N, Lapenta S, Armstrong G. Diagnosis and therapy for the disruptive physician. *Physician Exec*. 1 de enero de 2002;28(1):54-8.
96. Swiggart WH, Dewey CM, Hickson GB, Finlayson RAJ, Spickard WAJ. A Plan for Identification, Treatment, and Remediation of Disruptive Behaviors in Physicians. *Frontiers of Health Services Management* [Internet]. Summer de 2009 [citado 3 de marzo de 2024];25(4):3. Disponible en: https://journals.lww.com/frontiersonline/abstract/2009/04000/a_plan_for_identification,_treatment,_and.2.aspx
97. Tatebe L, Swaroop M, Tatebe L, Swaroop M. Disruptive Physicians: How Behavior Can Undermine Patient Safety. En: *Vignettes in Patient Safety - Volume 2* [Internet]. IntechOpen; 2017 [citado 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.intechopen.com/chapters/57219>

98. Saxton R, Hines T, Enriquez M. The Negative Impact of Nurse-Physician Disruptive Behavior on Patient Safety: A Review of the Literature. *Journal of Patient Safety* [Internet]. 2009 [citado 3 de marzo de 2024];5(3):180-3. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/26636631>
99. Swiggart WH, Bills JL, Penberthy JK, Dewey CM, Worley LLM. A Professional Development Course Improves Unprofessional Physician Behavior. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 3 de marzo de 2024];46(2):64-71. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725019304532>
100. Leape LL, Fromson JA. Problem Doctors: Is There A System-Level Solution? *Journal of Medical Regulation* [Internet]. 5 de febrero de 2021 [citado 3 de marzo de 2024];93(1):15-24. Disponible en: <https://doi.org/10.30770/2572-1852-93.1.15>
101. Hickson GB, Pichert JW, Webb LE, Gabbe SG. A Complementary Approach to Promoting Professionalism: Identifying, Measuring, and Addressing Unprofessional Behaviors. *Academic Medicine* [Internet]. noviembre de 2007 [citado 3 de marzo de 2024];82(11):1040. Disponible en: https://journals.lww.com/academicmedicine/FullText/2007/11000/A_Complementary_Approach_to_Promoting.7.aspx
102. Addison K, Luparell S. Rural Nurses' Perceptions of Disruptive Behavior and Clinical Outcomes: A Pilot Study. *OJRNHC*. 3 de febrero de 2014;14(1):66-82.

103. Rosenstein AH, O'Daniel M. A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication Defects on Patient Safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 1 de agosto de 2008;34(8):464-71.
104. Veltman LL. Disruptive behavior in obstetrics: a hidden threat to patient safety. *Am J Obstet Gynecol.* 1 de junio de 2007;196(6):1-12.
105. Budin WC, Brewer CS, Chao YY, Kovner C. Verbal Abuse From Nurse Colleagues and Work Environment of Early Career Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship.* 2013;45(3):308-16.
106. Sauer PA, McCoy TP. Nurse Bullying: Impact on Nurses' Health. *West J Nurs Res.* 1 de diciembre de 2017;39(12):1533-46.
107. Zhao SH, Shi Y, Sun ZN, Xie FZ, Wang JH, Zhang SE, et al. Impact of workplace violence against nurses' thriving at work, job satisfaction and turnover intention: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing.* 2018;27(13-14):2620-32.
108. Castronovo MA, Pullizzi A, Evans S. Nurse Bullying: A Review And A Proposed Solution. *Nursing Outlook.* 1 de mayo de 2016;64(3):208-14.
109. Wijma B, Zbikowski A, Brüggemann AJ. Silence, shame and abuse in health care: theoretical development on basis of an intervention project among staff. *BMC Medical Education.* 27 de febrero de 2016;16(1):75.
110. Rosenstein AH, Naylor B. Incidence and Impact of Physician and Nurse Disruptive Behaviors in the Emergency Department. *Jour of Emer Med.* 1 de julio de 2012;43(1):139-48.

111. Ulrich B. Just culture and its impact on a culture of safety. *Nephrology Nursing Journal*. 1 de mayo de 2017;44(3):207-9.
112. Lyyra E, Roos M, Suominen T. The workplace culture in addiction psychiatry in Finland as described by healthcare personnel. *Advances in Dual Diagnosis*. 1 de enero de 2021;14(3):132-46.
113. Tiittanen H, Heikkilä J, Baigozhina Z. Development of management structures for future nursing services in the Republic of Kazakhstan requires change of organizational culture. *Journal of Nursing Management*. 2021;29(8):2565-72.
114. Hastie MJ, Jalbout T, Ott Q, Hopf HW, Cevasco M, Hastie J. Disruptive Behavior in Medicine: Sources, Impact, and Management. *Anesthesia & Analgesia*. diciembre de 2020;131(6):1943-9.
115. Mohammed HM, Allah: DA. Communication Between Nurses and Physicians at Intensive Care Unit: A Comprehensive Review. *Tanta Scientific Nursing Journal*. 1 de mayo de 2018;14(1):132-40.
116. Laschinger HKS, Grau AL. The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 1 de marzo de 2012;49(3):282-91.
117. Meneses Oliveira R, Togra de Arruda Leitao IM, Lima Aguiar L, De Souza Oliveira AC, Mateurs Gazos DM, Sales da Silva LM, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev esc enferm USP*. febrero de 2015;49(1):104-13.

118. Thomas S. Examining Nurse-to-Nurse Horizontal Violence and Nurse-to-Student Vertical Violence through the Lens of Phenomenology. En: (Re)Thinking Violence in Health Care Settings. Routledge; 2012. p. 143-61.
119. Wilson BL, Diedrich A, Phelps CL, Choi M. Bullies at Work: The Impact of Horizontal Hostility in the Hospital Setting and Intent to Leave. JONA: The Journal of Nursing Administration. noviembre de 2011;41(11):453-8.
120. Subiela Garcia JA, Abellón Ruiz J, García Guillén MJ, Díaz Martínez AM, Pérez García MM. Prescripción electrónica asistida (PEA) y su influencia en la comunicación verbal entre Médicos y Enfermeras en una planta de Medicina Interna, Neumología y Cardiología. eglobal. 2 de abril de 2015;14(2):220-34.
121. Vítolo F. Relación Médico - Enfermera. Biblioteca Virtual NOBLE. 2012;1(1):1-11.
122. Raban MZ, Westbrook JI. Are interventions to reduce interruptions and errors during medication administration effective?: a systematic review. BMJ Qual Saf. 1 de mayo de 2014;23(5):414-21.
123. Villafranca A, Hamlin C, Enns S, Jacobsohn E. Disruptive behaviour in the perioperative setting: a contemporary review. Can J Anesth/J Can Anesth. 1 de febrero de 2017;64(2):128-40.
124. Oura H, Miyata G, Oura H, Miyata G. Benefits of Organizational Anger Management Program to Prevent Disruptive Behaviors: A Japanese Hospital Case Study [Internet]. Clinical Trials - Recent Advances.

- IntechOpen; 2022 [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.intechopen.com/state.item.id>
125. Asrar H, Amen U, Sumayya U, Butt A. Impact of Workplace Bullying on Psychological Wellbeing of Doctors in Health Care Sector of Pakistan. *Journal of Entrepreneurship, Management, and Innovation*. 20 de julio de 2021;3(2):429-50.
126. Samson-Mojares RA, Chin CR, Colvin MK, Umadhay T. Where Do You Think You Are? A Grounded Theory Study of the Critical Factors Triggering the Existence and Fueling the Persistence of Incivility in Nursing. *Nursing Education Perspectives*. junio de 2019;40(3):133-8.
127. Meneses Oliveira R, Sales da Silva LM, Cavalcante Guedes MV, de Souza Oliveira AC, Gómez Sánchez R, Martins Torres RA. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review*. *Rev esc enferm USP*. agosto de 2016;50(4):0695-704.
128. Shen HC, Chiu HT, Lee PH, Hu YC, Chang WY. Hospital environment, nurse–physician relationships and quality of care: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(2):349-58.
129. Lim S, Goh EY, Tay E, Tong YK, Chung D, Devi K, et al. Disruptive behavior in a high-power distance culture and a three-dimensional framework for curbing it. *Health Care Management Review*. junio de 2022;47(2):133-43.
130. Saghaei M, Ahmadzadeh G, Haghighat S. The Prevalence and Outcome of Disruptive Behaviors in Nurses and Physicians: A Descriptive Study in Iranian Health Care Context. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2020;14(4):1-15.

131. Butler E, Prentiss A, Benamor F. Exploring Perceptions of Workplace Bullying in Nursing. *Nursing & Health Sciences Research Journal*. 23 de febrero de 2018;1(1):19-25.
132. Aebersold M, Schoville R. How to Prevent the Next Generation of Nurses From “Eating Their Young”. *Clinical Simulation in Nursing*. 1 de enero de 2020;38:27-34.
133. Hutchinson M, Jackson D. Hostile clinician behaviours in the nursing work environment and implications for patient care: a mixed-methods systematic review. *BMC Nurs*. 4 de octubre de 2013;12(1):1-12.
134. Penconek T. Theoretical Approaches to Studying Incivility in Nursing Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 1 de enero de 2020;17(1):1-15.
135. Hamblin LE, Essenmacher L, Ager J, Upfal M, Luborsky M, Russell J, et al. Worker-to-Worker Violence in Hospitals: Perpetrator Characteristics and Common Dyads. *Workplace Health Saf*. 1 de febrero de 2016;64(2):51-6.
136. Jerng JS, Huang SF, Liang HW, Chen LC, Lin CK, Huang HF, et al. Workplace interpersonal conflicts among the healthcare workers: Retrospective exploration from the institutional incident reporting system of a university-affiliated medical center. *PLOS ONE*. 6 de febrero de 2017;12(2):1-13.
137. Singh A, Ranjan P, Agrawal R, Kaur T, Upadhyay AD, Nayer J, et al. Workplace Violence in Healthcare Settings: A Cross-Sectional Survey among Healthcare Workers of North India. *Indian Journal of Occupational*

- and Environmental Medicine [Internet]. diciembre de 2023 [citado 17 de febrero de 2024];27(4):303. Disponible en: https://journals.lww.com/ijoe/fulltext/2023/27040/workplace_violence_in_healthcare_settings__a.6.aspx
138. Tso HH, White CY, Parikh JR. How breast radiologists can deal with the disruptive technologist. *Clinical Imaging* [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 17 de febrero de 2024];104:109994. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899707123002140>
139. Raza W, Naqvi AZ, Hassan U, Abdullah N. A SYSTEMIC REVIEW ON CIVILITY IN HEALTHCARE. *Int J Acad Med Pharm.* 2023;5(4):1945-50.
140. Elhoseny TA, Adel A. Disruptive physician behaviors and their impact on patient care in a health insurance hospital in Alexandria, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc.* 1 de junio de 2016;91(2):80-5.
141. Riskin A, Bamberger P, Erez A, Foulk T, Cooper B, Peterfreund I, et al. Incivility and Patient Safety: A Longitudinal Study of Rudeness, Protocol Compliance, and Adverse Events. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 17 de febrero de 2024];45(5):358-67. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725018304033>
142. Rammell J, Burdess A. Burnout in surgeons: a ticking time bomb? *Surgery (Oxford)* [Internet]. 1 de agosto de 2023 [citado 17 de febrero de 2024];41(8):523-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0263931923001242>

143. Ostroff C, Benincasa C, Rae B, Fahlbusch D, Wallwork N. Eyes on incivility in surgical teams: Teamwork, well-being, and an intervention. *PLoS One*. 2023;18(11):1-15.
144. Havaei F, Astivia OLO, MacPhee M. The impact of workplace violence on medical-surgical nurses' health outcome: A moderated mediation model of work environment conditions and burnout using secondary data. *Int Jour of Nurs Stud* [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 2 de septiembre de 2022];109:1-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920301504>
145. Keller R, Krainovich-Miller B, Budin W, Djukic M. Predictors of nurses' experience of verbal abuse by nurse colleagues. *Nurs Out* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 2 de septiembre de 2022];66(2):190-203. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655417303202>
146. Liu X, Wang L, Chen W, Wu X. A cross-sectional survey on workplace psychological violence among operating room nurses in Mainland China. *App Nur Res* [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 2 de septiembre de 2022];57:1-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189719307517>
147. Rehder KJ, Adair KC, Hadley A, McKittrick K, Frankel A, Leonard M, et al. Associations Between a New Disruptive Behaviors Scale and Teamwork, Patient Safety, Work-Life Balance, Burnout, and Depression. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 31 de agosto de 2022];46(1):18-26. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725019303927>

148. Stecker M, Stecker MM. Disruptive Staff Interactions: A Serious Source of Inter-Provider Conflict and Stress in Health Care Settings. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 1 de julio de 2014 [citado 2 de septiembre de 2022];35(7):533-41. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.891678>
149. Warshawski S. The state of collaborative work with nurses in Israel: a mixed method study. *The International Journal of Health Planning and Management* [Internet]. 2016 [citado 17 de febrero de 2024];31(4):396-413. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hpm.2281>
150. Lee SE, Dahinten VS, Seo JK, Park I, Lee MY, Han HS. Patient Safety Culture and Speaking Up Among Health Care Workers. *Asian Nursing Research* [Internet]. 1 de febrero de 2023 [citado 17 de febrero de 2024];17(1):30-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131723000014>
151. Dang D, Nyberg D, Walrath JM, Kim MT. Development and Validation of the Johns Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey. *Am J Med Qual* [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 30 de marzo de 2024];30(5):470-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1062860614544193>
152. Mullan CP, Shapiro J, McMahon GT. Interns' Experiences of Disruptive Behavior in an Academic Medical Center. *Journal of Graduate Medical Education* [Internet]. 1 de marzo de 2013 [citado 24 de febrero de 2024];5(1):25-30. Disponible en: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00025.1>
153. Layne DM, Nemeth LS, Mueller M, Martin M. Negative Behaviors among Healthcare Professionals: Relationship with Patient Safety Culture.

- Healthcare [Internet]. marzo de 2019 [citado 30 de marzo de 2024];7(1):1-23. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/7/1/23>
154. Walrath JM, Dang D, Nyberg D. An organizational assessment of disruptive clinician behavior: Findings and implications. *Journal of nursing care quality* [Internet]. 1 de abril de 2013 [citado 24 de febrero de 2024];28(2):110-21. Disponible en: <https://pure.johnshopkins.edu/en/publications/an-organizational-assessment-of-disruptive-clinician-behavior-fin-3>
155. Klingberg K, Gadelhak K, Jegerlehner SN, Brown AD, Exadaktylos AK, Srivastava DS. Bad manners in the Emergency Department: Incivility among doctors. *PLOS ONE* [Internet]. 29 de marzo de 2018 [citado 10 de diciembre de 2023];13(3):1-12. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194933>
156. Villafranca A, Fast I, Jacobsohn E. Disruptive behavior in the operating room: prevalence, consequences, prevention, and management. *Current Opinion in Anesthesiology* [Internet]. junio de 2018 [citado 13 de noviembre de 2022];31(3):366-74. Disponible en: https://journals.lww.com/co-anesthesiology/Abstract/2018/06000/Disruptive_behavior_in_the_operating_room_.23.aspx
157. Rosenstein AH. Original Research: Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. *The American Journal of Nursing* [Internet]. 2002 [citado 10 de diciembre de 2023];102(6):26-34. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3522841>

158. Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety, The. Joint Commission. The Joint Commission Sentinel Event Alert. 2008;40(2008):10-3.
159. Eppich W. "Speaking Up" for Patient Safety in the Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* [Internet]. 1 de junio de 2015 [citado 9 de marzo de 2024];16(2):83-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1522840115000294>
160. Brous E. Workplace Violence. *AJN The American Journal of Nursing* [Internet]. octubre de 2018 [citado 9 de marzo de 2024];118(10):51. Disponible en: https://journals.lww.com/ajnonline/abstract/2018/10000/workplace_violence.25.aspx
161. Azar M, Badr LK, Samaha H, Dee V. Does administrative support negate the consequences of nurse abuse? *Journal of Nursing Management* [Internet]. 2016 [citado 6 de noviembre de 2022];24(1):E32-43. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12286>
162. Longo J. Combating Disruptive Behaviors: Strategies to Promote a Healthy Work Environment. | *Online Journal of Issues in Nursing* | EBSCOhost. *Online Journal of Issues in Nursing*, [Internet]. 1 de enero de 2010 [citado 9 de marzo de 2024];15(1):1-15. Disponible en: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:48458633?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:48458633>
163. Blake N. Building Respect and Reducing Incivility in the Workplace: Professional Standards and Recommendations to Improve the Work

- Environment for Nurses. AACN Advanced Critical Care [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 9 de marzo de 2024];27(4):368-71. Disponible en: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016291>
164. Dang D, Bae SH, Karlowicz KA, Kim MT. Do Clinician Disruptive Behaviors Make an Unsafe Environment for Patients? Journal of Nursing Care Quality [Internet]. junio de 2016 [citado 13 de noviembre de 2022];31(2):115-23. Disponible en: https://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/2016/04000/Do_Clinician_Disruptive_Behaviors_Make_an_Unsafe.4.aspx
165. Johnson C. Bad blood: doctor-nurse behavior problems impact patient care. Physician Executive [Internet]. 1 de noviembre de 2009 [citado 9 de marzo de 2024];35(6):6-12. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&issn=08982759&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA212808918&sid=googleScholar&linkaccess=abs>
166. Keogh T, Martin W. Managing unmanageable physicians: leadership, stewardship and disruptive behavior. Physician Executive [Internet]. 1 de septiembre de 2004 [citado 9 de marzo de 2024];30(5):18-23. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&issn=08982759&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA122635889&sid=googleScholar&linkaccess=abs>
167. Clancy C. Critical Conversations in Healthcare, Second Edition: Scripts & Techniques for Effective Interprofessional & Patient Communication. Sigma; 2018. 321 p.
168. Johansen ML. Keeping the peace: Conflict management strategies for nurse managers. Nursing Management [Internet]. febrero de 2012 [citado 9 de

- marzo de 2024];43(2):1-12. Disponible en: https://journals.lww.com/nursingmanagement/fulltext/2012/02000/keeping_the_peace_conflict_management_strategies.13.aspx
169. Johnson SL, Rea RE. Workplace Bullying: Concerns for Nurse Leaders. *JONA: The Journal of Nursing Administration* [Internet]. febrero de 2009 [citado 9 de marzo de 2024];39(2):84. Disponible en: https://journals.lww.com/jonajournal/abstract/2009/02000/workplace_bullying_concerns_for_nurse_leaders.9.aspx
170. Etienne E. Exploring Workplace Bullying in Nursing. *Workplace Health Saf* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 9 de marzo de 2024];62(1):6-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/216507991406200102>
171. Simons SR, Mawn B. Bullying in the Workplace—A Qualitative Study of Newly Licensed Registered Nurses. *AAOHN Journal* [Internet]. 1 de julio de 2010 [citado 9 de marzo de 2024];58(7):305-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/216507991005800705>
172. Balzer Riley J. *Communication in Nursing*. Elsevier Health Sciences; 2015. 392 p.
173. Ellison D. *Communication Skills*. *Nursing Clinics* [Internet]. 1 de marzo de 2015 [citado 9 de marzo de 2024];50(1):45-57. Disponible en: [https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465\(14\)00078-4/abstract](https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465(14)00078-4/abstract)
174. Grenny J. *Crucial Conversations: The Most Potent Force for Eliminating Disruptive Behavior*. *The Health Care Manager* [Internet]. 2009 [citado 9 de marzo de 2024];28(3):1-15. Disponible en:

- https://journals.lww.com/healthcaremanagerjournal/abstract/2009/07000/crucial_conversations__the_most_potent_force_for.7.aspx
175. Neuman JH. The Role of the Workplace in Workplace BULLYING. Perspectives on Work [Internet]. 2004 [citado 9 de marzo de 2024];7(2):40-2. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/23272024>
176. Stankiewicz MA. Complicated, Crucial Conversations. Studies in Art Education [Internet]. 3 de abril de 2017 [citado 9 de marzo de 2024];58(2):83-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00393541.2017.1292389>
177. Moreland JJ, Apker J. Conflict and Stress in Hospital Nursing: Improving Communicative Responses to Enduring Professional Challenges. Health Communication [Internet]. 2 de julio de 2016 [citado 9 de marzo de 2024];31(7):815-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1007548>
178. Tartaglia A. "Zero Tolerance" for disruptive health work behaviors. *einstein* (São Paulo) [Internet]. 10 de octubre de 2019 [citado 9 de marzo de 2024];17:1-12. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/eins/a/jwjchwXvjS5JgqdzhCRm6HJ/>
179. Crawford CL, Chu F, Judson LH, Cuenca E, Jadalla AA, Tze-Polo L, et al. An Integrative Review of Nurse-to-Nurse Incivility, Hostility, and Workplace Violence: A GPS for Nurse Leaders. *Nursing Administration Quarterly* [Internet]. junio de 2019 [citado 9 de marzo de 2024];43(2):138. Disponible en: https://journals.lww.com/naqjournal/abstract/2019/04000/an_integrative_review_of_nurse_to_nurse.7.aspx

180. Hendrickson SW. Changing attitudes about workplace violence: Improving safety in an acute care environment. *Journal of Healthcare Risk Management* [Internet]. 2022 [citado 9 de marzo de 2024];42(2):39-43. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jhrm.21524>
181. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 27 de abril de 2024];4(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
182. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 29 de marzo de 2021 [citado 27 de abril de 2024];372:1-9. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>
183. Munn Z, Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *JBIC Evidence Implementation* [Internet]. septiembre de 2015 [citado 27 de abril de 2024];13(3):147-53. Disponible en: https://journals.lww.com/ijebh/fulltext/2015/09000/Methodological_guidance_for_systematic_reviews_of.6.aspx
184. Aromataris E, Munn Z. *JBIC Manual for Evidence Synthesis*; [Internet]. Adelaide, Australia: JBI; 2020. Disponible en: <https://synthesismanual.jbi.global/>

185. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/files/WHO%20Guidelines%20on%20Translation%20and%20Adaptation%20of%20Instruments.docx>
186. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine* [Internet]. 15 de diciembre de 2000 [citado 31 de agosto de 2022];25(24):3186-91. Disponible en: https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/Guidelines_for_the_Process_of_Cross_Cultural.14.aspx
187. Hearnshaw HM, Harker RM, Cheater FM, Baker RH, Grimshaw GM. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. *Qual Health Care* [Internet]. 1 de septiembre de 2001 [citado 1 de septiembre de 2022];10(3):173-8. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/10/3/173>
188. Hall DA, Smith H, Heffernan E, Fackrell K, Group for the COM in TID (COMiTID) RS. Recruiting and retaining participants in e-Delphi surveys for core outcome set development: Evaluating the COMiTID study. *PLoS One* [Internet]. 30 de julio de 2018 [citado 1 de septiembre de 2022];13(7):e0201378. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0201378>
189. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. 3/2018

- dic 5, 2018 p. 1-68. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
190. Cabero Almenara J, Barroso Osuna J. La utilización del juicio de experto para la evaluación de TIC: el Coeficiente de competencia experta. *Bordón*. 2013;65(2):25-38.
191. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health* [Internet]. 2007 [citado 21 de diciembre de 2023];30(4):459-67. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.20199>
192. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Res Social Adm Pharm* [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 31 de agosto de 2022];15(2):214-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.03.066>
193. Lopes MV de O, Silva VM da, Araujo TL de. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 1 de octubre de 2012 [citado 2 de septiembre de 2022];23(3):134-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>
194. Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research*. CRC Press; 1990. 624 p.
195. Fleiss JL. *Design and Analysis of Clinical Experiments*. John Wiley & Sons; 2011. 459 p.

196. Moreno-Leal P, Leal-Costa C, Díaz-Agea JL, Jiménez-Ruiz I, Suarez-Cortés M, De Souza Oliveira AC. Cross-Cultural Adaptation of the Instrument “Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior in Patient Care” to the Spanish Context. *Healthcare* [Internet]. octubre de 2022 [citado 4 de diciembre de 2022];10(10):1834. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/10/1834>
197. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Sec. 1, Ley Orgánica 3/2018 dic 6, 2018 p. 119788-857. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
198. Rosenstein AH, Naylor B. Incidence and Impact of Physician and Nurse Disruptive Behaviors in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 1 de julio de 2012 [citado 26 de febrero de 2023];43(1):139-48. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467911001892>
199. Keller S, Yule S, Zagarese V, Parker SH. Predictors and triggers of incivility within healthcare teams: a systematic review of the literature. *BMJ Open* [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 1 de septiembre de 2022];10(6):1-15. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/6/e035471>
200. The Joint Commission. Sentinel Event Alert 40: Behaviors that undermine a culture of safety | The Joint Commission [Internet]. 2024 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event->

- alert-newsletters/sentinel-event-alert-issue-40-behaviors-that-undermine-a-culture-of-safety/
201. Dois A, Bravo P, Contreras A, Soto MG, Mora I. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [citado 31 de agosto de 2022];147:1-17. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49466>
 202. Moreno-Leal P, Leal-Costa C, Díaz-Agea JL, Jiménez-Ruiz I, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, et al. Disruptive Behavior at Hospitals and Factors Associated to Safer Care: A Systematic Review. *Healthcare* [Internet]. enero de 2022 [citado 31 de agosto de 2022];10(1):1-8. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/1/19>
 203. Rosenstein AH. Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. *Am j Nurs* [Internet]. 2002 [citado 31 de agosto de 2022];102(6):26-34. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3522841>
 204. Rosenstein A, O'Daniel M. Managing disruptive physician behavior impact on staff relationships and patient care. *Neurology*. 2008;70(17):1564-70. doi: <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000310641.26223.82>. *Neurology*. 2008;70(17):1564-70.
 205. Rosenstein AH. Managing disruptive behaviors in the health care setting: focus on obstetrics services. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. marzo de 2011 [citado 31 de agosto de 2022];204(3):187-92. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937810022015>

206. World Alliance for Patient Safety. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPOQPS-05.3-eng.pdf>
207. Blais R, Bruno D, Bartlett G, Tamblyn R. Can We Use Incident Reports to Detect Hospital Adverse Events? *Jour of Pat Saf* [Internet]. 2008 [citado 31 de agosto de 2022];1:9-12. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/26637642>
208. Gould J. Medicine's core values. Profession should not have to make decisions concerning rationing. *BMJ* [Internet]. 17 de diciembre de 1994 [citado 31 de agosto de 2022];309(6969):1657. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541989/>
209. Gerardi D. The Emerging Culture of Health Care: Improving End-of-Life Care through Collaboration and Conflict Engagement Among Health Care Professionals. *Ohio State Journal on Dispute Resolution* [Internet]. 1 de enero de 2007;23(1):105-42. Disponible en: https://repository.uclawsf.edu/faculty_scholarship/1619
210. Zohar D. Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*. 1980;65(1):96-102.
211. Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive Behavior and Clinical Outcomes: Perceptions of Nurses and Physicians: Nurses, physicians, and administrators say that clinicians' disruptive behavior has negative effects on clinical outcomes. *Am J Nurs*. 2005;105(1):54-64.

212. Lim S, Goh EY, Tay E, Tong YK, Chung D, Devi K, et al. Disruptive behavior in a high-power distance culture and a three-dimensional framework for curbing it. *Health Care Management Review* [Internet]. junio de 2022 [citado 27 de noviembre de 2022];47(2):133-43. Disponible en: https://journals.lww.com/hcmrjournal/Fulltext/2022/04000/Disruptive_behavior_in_a_high_power_distance.7.aspx
213. Dull DL, Fox L. Perception of Intimidation in a Perioperative Setting. *Am J Med Qual* [Internet]. 1 de marzo de 2010 [citado 10 de diciembre de 2023];25(2):87-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1062860609352107>
214. Moreira FTL dos S, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 29 de abril de 2019 [citado 10 de diciembre de 2023];40:15. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/nWLsXWpWyYyhnCmF8J6KvbJ/>
215. Rosenstein AH. Addressing the Causes and Consequences of Disruptive Behaviors in the Healthcare Setting. *JPCPY* [Internet]. 17 de agosto de 2015 [citado 10 de diciembre de 2023];3(3):1-3. Disponible en: <https://medcraveonline.com/JPCPY/addressing-the-causes-and-consequences-of-disruptive-behaviors-in-the-healthcare-setting.html>
216. Griffin C, Aydın A, Brunckhorst O, Raison N, Khan MS, Dasgupta P, et al. Non-technical skills: a review of training and evaluation in urology. *World J Urol* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 10 de diciembre de 2023];38(7):1653-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00345-019-02920-6>

217. Topçu İ, Türkmen AS, Canbulat Şahiner N, Sevim S, Sen H. Physicians' and nurses' medical errors associated with communication failures. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 1 de abril de 2017;67:600-4.
218. The Joint Commission. International Patient Safety Goals | Joint Commission International [Internet]. 2024 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>
219. World Health Organization. GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021–2030, Towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. New York, NY: WHO; 2021 [citado 10 de diciembre de 2023] p. 1-108. Report No.: Global patient safety action plan 2021–2030. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1360307/retrieve>
220. Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz JM, Fernández-García M. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Atención Primaria* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 10 de diciembre de 2023];53:1-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002584>
221. Rosenstein AH, O'Daniel M. Impact and Implications of Disruptive Behavior in the Perioperative Arena. *Journal of the American College of Surgeons* [Internet]. 1 de julio de 2006 [citado 10 de diciembre de 2023];203(1):96-105. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1072751506003413>

222. Hao HS, Gao H, Li T, Zhang D. Assessment and Comparison of Patient Safety Culture Among Health-Care Providers in Shenzhen Hospitals. *Risk Management and Healthcare Policy* [Internet]. 11 de septiembre de 2020 [citado 10 de diciembre de 2023];13:1543-52. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/RMHP.S266813>
223. Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *Journal of Nursing Care Quality* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 10 de diciembre de 2023];34(4):1-15. Disponible en: https://journals.lww.com/jncqjournal/abstract/2019/10000/impact_of_patient_safety_culture_on_missed_nursing.2.aspx
224. Khaleghi S, Moghaddam AS, Moradi Y, Jafarizadeh H, Ghalavand M, Poursadeqiyani M, et al. Is Nurses' Job Satisfaction Related to Occupational Health and Safety Management? *Iran J Public Health* [Internet]. agosto de 2021 [citado 26 de febrero de 2023];50(8):1738-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8643524/>
225. Heinrich HW. *Industrial Accident Prevention. A Scientific Approach.* [Internet]. New York, NY, USA: McGraw-Hill Book Company, Inc.; 1941 [citado 10 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19432701767>
226. Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive Behavior and Clinical Outcomes: Perceptions of Nurses and Physicians: Nurses, physicians, and administrators say that clinicians' disruptive behavior has negative effects on clinical outcomes. *AJN The American Journal of Nursing* [Internet]. enero

- de 2005 [citado 10 de diciembre de 2023];105(1):54. Disponible en:
https://journals.lww.com/ajnonline/abstract/2005/01000/original_research__disruptive_behavior_and.25.aspx
227. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [citado 10 de diciembre de 2023]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
228. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare. 2008 [citado 10 de diciembre de 2023]. NQF: Safe Practices for Better Healthcare. Disponible en:
https://www.qualityforum.org/News_And_Resources/Press_Kits/Safe_Practices_for_Better_Healthcare.aspx
229. Sorra J, Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.

CAPÍTULO XII. ANEXOS

**ANEXO 1: Instrumento original "Nurse Physician Survey
relationship: Impact of disruptive behaviour on patient care"**

Nurse-Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care

One potential consequence of disruptive behavior is its effect on collaboration and communication between physicians and nurses that may result in an adverse effect on patient care. The current survey is designed to assess the potential impact of disruptive behavior on adverse events, medical errors, patient safety, quality and other outcomes of care.

(Survey Demographics: Please choose one in each category)

Clinical is defined as 50% or more of time spent with clinical duties

Executive is defined as 50% or more of time spent with administrative duties

<u>Title</u>	<u>Service</u>	<u>Demographics</u>
<input type="checkbox"/> Physician (Clinical)	<input type="checkbox"/> Medical Service	<input type="checkbox"/> 19 Years or Younger
<input type="checkbox"/> Physician (Executive)	<input type="checkbox"/> Emergency Department	<input type="checkbox"/> 20-29 Years
<input type="checkbox"/> RN (Executive)	<input type="checkbox"/> Intensive Care	<input type="checkbox"/> 30-39 Years
<input type="checkbox"/> RN (Clinical)	<input type="checkbox"/> Surgical Services	<input type="checkbox"/> 40-49 Years
<input type="checkbox"/> Administration	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> 50-59 Years
<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> 60 Years or Older
		<input type="checkbox"/> Male
		<input type="checkbox"/> Female

“Disruptive behavior” is defined as any inappropriate behavior, confrontation or conflict ranging from verbal abuse to physical or sexual harassment. Please choose only one answer for each question unless otherwise stated. If you are completing the survey electronically, you can double click on any box and a prompt will appear. Under default value, click on “checked” and an X will appear in the box.

- 1) On a scale of 1 – 10 with 10 being the most positive, how would you describe the overall atmosphere of nurse-physician relationships at your hospital?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Very negative > Barely Positive > Somewhat Positive > Mostly Positive > Very Positive

- 2) Have you ever witnessed disruptive behavior from a physician at your hospital?

Yes No

3) Have you ever witnessed disruptive behavior from a nurse at your hospital?

Yes No

4). Are there any particular settings where disruptive behavior is most prevalent?

(Check all that apply)

SNF ICU OR ED OB Med unit Surg units
 Other _____

5.) Are there any particular specialties where disruptive events occur most often? (Check all that apply)

Orthopedics General Surgery Cardiac Surgery Cardiology
 Neurosurgery Anesthesia OB/Gyn Other

5) What percentage of physicians would you say exhibit disruptive behavior at your hospital?

None
 1%
 2-3%
 4-5%
 6-10%
 More than 10%

6) What percentage of nurses would you say exhibit disruptive behavior at your hospital?

None
 1%
 2-3%
 4-5%
 6-10%
 More than 10%

7) How often does physician disruptive behavior occur at your hospital?

Daily

- Weekly
 1-2 Times/Month
 1-5 Times/Year
 Never

8) How often does nurse disruptive behavior occur at your hospital?

- Daily
 Weekly
 1-2 Times/Month
 1-5 Times/Year
 Never

9) On a scale of 1 – 10 with 10 being the most serious, how serious of an issue is physician disruptive behavior at your hospital?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Not Serious> Minimally Serious > Somewhat Serious> Mostly Serious> Very Serious

10) How serious of an issue is nurse disruptive behavior in your hospital?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Not Serious > Minimally Serious > Somewhat Serious> Mostly Serious> Very Serious

11) From your perspective, do you think that disruptive behavior can potentially have a negative effect on patient outcomes?

- Yes No

12) How often do you think disruptive behavior results in the following?

	Never	Rarely	Sometimes	Frequent	Constant
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loss of concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduced team collaboration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduced information transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduced communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impaired RN-MD relations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) How often do you think there is a link between disruptive behavior and the following?

	Never	Rarely	Sometimes	Frequent	Constant
Adverse Events	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Errors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quality of care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient mortality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nurse satisfaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physician satisfaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient satisfaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14) Are you aware of any potential adverse events that could have occurred from disruptive behavior? Yes No

15) If yes, how serious an impact do you think this could have had on patient outcomes?

- Not Serious
 Somewhat Serious
 Serious
 Very Serious
 Extremely Serious

16) Are you aware of any specific adverse events that did occur as a result of disruptive behavior? Yes No

b. If yes, please describe:

c. Could this have been prevented? Yes No

d. If yes, please describe:

19). Is there a code of conduct or policy for the handling of disruptive/ abusive behavior at your hospital?

Yes No

If yes, please explain:

19 a). Is the plan effective?

Yes No

Please explain:

20a). If you know of physicians who have been counseled about his or her behavior, on a scale of 1-10 with 10 being completely satisfied, rate the success of this process.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Not Satisfied > Minimally Satisfied > Somewhat Satisfied > Mostly Satisfied > Completely Satisfied

20b). If you know of nurses who have been counseled about his or her behavior, on a scale of 1-10 with 10 being completely satisfied, rate the success of this process.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Not Satisfied > Minimally Satisfied > Somewhat Satisfied > Mostly Satisfied > Completely Satisfied

21). Is there a non-punitive reporting environment for those who witness/experience disruptive behavior?

Yes No

22). Are there any barriers or resistance to the **reporting** of disruptive behavior? (Check all that apply):

- Fear of Retaliation
- Lack of Confidentiality
- The feeling that "Nothing ever changes"
- No feedback of results
- Other _____

Please explain:

Additional Comments (use additional space as necessary)

Your Title (optional) _____

Please return completed surveys to:

Alan H. Rosenstein M.D., M.B.A.
139 15th Avenue
San Francisco, CA 94118
Phone: 415 370 7754
E-Mail: ahrosensteinmd@aol.com

ANEXO 2: Autorización Rosenstein

----- Forwarded message -----

De: Alan Rosenstein

Date: dom., 7 ene. 2018 a las 4:11

Subject: RE: Authorization and permission - use survey of the Impact of Disruptive Behaviors

To: Adriana Catarina De Souza Oliveira

Hi Adriana. I am sending you a copy of the original survey, some more recent articles/ chapters, and my full CV which lists all my articles. It's a very important issue. Let me know if I can help.

From: Adriana Catarina De Souza Oliveira

Sent: Saturday, January 6, 2018 5:00 PM

To:

Subject: Authorization and permission - use survey of the Impact of Disruptive Behaviors

Dear Rosenstein:

I'm Adriana De Souza, professor and researcher at the Catholic University of Murcia (UCAM) / Spain.

We are interested in carrying out a Doctoral Thesis using the study design, cross-cultural adaptation and validate 'A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication Defects on Patient Safety' to Spanish / Spain version and to measure the perception of the health workers (doctors and nurses) of two university hospitals in Murcia. For this reason, I'm writing to ask your permission to use your survey and also to request the original survey, because we have found the study of the measured results, but, we have not found the original survey. It would be possible? Could you send us the original survey with the items and scales of measurement?

Thank you for your attention.

Best regards.

--

Profa. Dra. Adriana Catarina de Souza Oliveira

Universidad Católica San Antonio

Facultad de Enfermería

**ANEXO 3: Matriz de composición de los ítems finales según el
Comité de Expertos**

Original	Traductor 1	Traductor 2	Traductor 3	Panel Expertos	Decisión del Panel Expertos - Composición del ítem
Survey on the relationship between Nurse - Physician: Impact of disruptive behaviour in patient care	Encuesta sobre la relación Enfermera - médico: impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente	Escala sobre la relación Enfermera - médico: impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente	Cuestionario sobre la relación Enfermera - médico: impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente	Escala sobre la relación Enfermera - médico: impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente	Escala sobre la relación Enfermero/a - médico: impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente. Justificación: Aunque no hay un consenso de un 70% de los traductores, hay una concordancia de 95% del Comité de Experto que decide por nombrar el instrumento por ESCALA, considerando la no agrupación de los ítems por dimensiones o categorías.
En todos los ítems: disruptive behavior	Comportamiento inapropiado	Comportamiento disruptivo	Comportamiento perturbado o disruptivo	Comportamiento disruptivo añadiendo la definición a principio de la Escala (antes de la primera pregunta).	El "Comportamiento disruptivo" se define como cualquier comportamiento inapropiado, o enfrentamiento o conflicto que puede ir desde el abuso verbal hasta el físico o acoso sexual. Una de las potenciales consecuencias del comportamiento disruptivo son sus efectos en la colaboración y comunicación entre los médicos y enfermeras que pueden conllevar resultados negativos en la atención al paciente. El presente cuestionario ha

sido diseñado para identificar el potencial impacto del comportamiento disruptivo en los eventos adversos, errores médicos, seguridad de paciente, calidad y otros aspectos relacionados con la atención. **Justificación:** hay una concordancia de 100% de expertos que, decide por el término "comportamiento disruptivo" considerando los estudios de referencia, incluyendo el estudio del instrumento original y el análisis de concepto de este. Además, se indica añadir toda la información antes de la primera pregunta (concepto de comportamiento disruptivo, objetivos e indicaciones).

En todos los ítems: physician s y nurses	Médicos y enfermeros	Médicos y enfermero s/as	Médicos y enfermeros	Médicos y enfermero s/as	Justificación: aunque no hay un consenso de un 70% de los traductores, hay una concordancia de 95% de expertos que, decide por identificar la categoría de enfermería con la traducción "enfermeros/as" considerando que en la práctica clínica se nombra por género, además, culturalmente esta es la
--------------------------------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					expresión idiomática en el ámbito sanitario. Sin embargo, la categoría de medicina se mantiene "médicos" independiente del género.
Item 4. Are there any particular settings where disruptive behavior is most prevalent?	Zona o lugar concreto	o en concreto	Unidad en concreto	Unidad en concreto	Unidad en concreto
					¿Hay alguna unidad en concreto en la cual el comportamiento disruptivo sea más frecuente? Justificación: hay una concordancia de 95% de expertos que, decide por el término "unidad" porque se entiende el término "zona" un espacio limitado utilizado más frecuentemente en el ámbito de la geografía o administraciones públicas. Por otro lado, el término "lugar" puede generar confusión de interpretación, como lugar-puesto, lugar-cargo, por ejemplo. En el contexto español, más frecuentemente se utiliza "unidad" para identificar un espacio físico, dónde a nivel hospitalario, se concentran aparatos y personal para la vigilancia y el tratamiento de pacientes.

<p>Item 7. How often does physician disruptive behavior occur at your hospital?</p>	<p>¿Con qué frecuencia ...?</p>	<p>¿Cuál es la frecuencia ...?</p>	<p>¿Con qué frecuencia ...?</p>	<p>¿Con qué frecuencia ...?</p>	<p>¿Con qué frecuencia los médicos presentan comportamientos disruptivos en su hospital? Justificación: hay una concordancia de 100% de los expertos que, decide por "¿con qué frecuencia?" porque se entiende que es el término semánticamente más adecuado.</p>
<p>Item 8. How often does nurse disruptive behavior occur at your hospital?</p>	<p>¿Con qué frecuencia ...?</p>	<p>¿Cuál es la frecuencia ...?</p>	<p>¿Con qué frecuencia ...?</p>	<p>¿Cuál es la frecuencia ...?</p>	<p>¿Con qué frecuencia los/as enfermeros/as presentan comportamientos disruptivos en su hospital? Justificación: hay una concordancia de un 96% de concordancia de los expertos que, decide por "¿con qué frecuencia?" porque se entiende que es el término semánticamente más adecuado.</p>
<p>Item 15: Are you aware of any potential adverse events that could have occurred from disruptive behavior?</p>	<p>Tiene conocimiento tanto</p>	<p>Estar al tanto</p>	<p>Tiene conocimiento</p>	<p>Tiene conocimiento</p>	<p>¿Tiene conocimiento de cualquier evento adverso potencial que pudiera haber ocurrido debido un comportamiento disruptivo? Justificación: hay una concordancia de un 95% de expertos que, se decide por "¿tiene conocimiento?" porque se entiende que es el término semánticamente más</p>

adecuado para un instrumento científico.

Item 20. There is a non-punitive information environment for those who witness /experience disruptive behavior?	¿Existe un sistema de notificación para los eventos presenciados o cometidos por los médicos y enfermeros/as?	¿Existe un entorno de registro no punitivo para aquellos que presencia n / experimentan comportamiento disruptivo?	¿Existe un sistema de notificación para los eventos presenciados o ocasionados por los médicos y enfermeros/as?	¿Existe un sistema de notificación para los eventos presenciados o cometidos por los médicos y enfermeros/as?	¿Existe un sistema de notificación para los eventos presenciados o cometidos por los médicos y enfermeros/as? Justificación: hay una concordancia de un 100% de expertos que, decide por esta traducción, considerando todas las recomendaciones internacionales que indican que las instituciones/organizaciones sanitarias deben implementar un sistema de notificación que está inherente la cultura no punitiva y la confidencialidad de datos personales de quién ha realizado la notificación.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO 4: Cuestionario adaptado - Versión español/España

Versión Original	Versión adaptada y validada
Title: Nurse-Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care (versión original)	Título: Escala sobre la relación Enfermero/a - médico: impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente
<p>“Disruptive behavior” is defined as any inappropriate behavior, confrontation or conflict ranging from verbal abuse to physical or sexual harassment. One potential consequence of disruptive behavior is its effect on collaboration and communication between physicians and nurses that may result in an adverse effect on patient care. The current survey is designed to assess the potential impact of disruptive behavior on adverse events, medical errors, patient safety, quality and other outcomes of care.</p>	<p>El “Comportamiento disruptivo” se define como cualquier comportamiento inapropiado, enfrentamiento o conflicto que puede ir desde el abuso verbal hasta el físico o acoso sexual. Una de las potenciales consecuencias del comportamiento disruptivo son sus efectos en la colaboración y comunicación entre los médicos y enfermeras que pueden conllevar resultados negativos en la atención al paciente. El presente cuestionario ha sido diseñado para identificar el potencial impacto del comportamiento disruptivo en los eventos adversos, errores médicos, seguridad de paciente, calidad y otros aspectos relacionados con la atención.</p>
Please choose only one answer for each question unless otherwise stated. If you are completing the survey electronically, you can double click on any box and a prompt will appear. Under default value, click on “checked” and an X will appear in the box.	Por favor, escoja solo una de las respuestas por cada pregunta, salvo que se indique lo contrario. En caso de contestar el cuestionario de forma electrónica, puede hacer doble clic en cualquier casilla y aparecerá un aviso de confirmación. Debajo de cada valor, haga clic sobre la respuesta y una X aparecerá en la casilla
<i>(Survey Demographics: Please choose one in each category)</i>	(Variables sociodemográficas: Por favor, seleccione una por cada categoría)
<i>Clinical is defined as 50% or more of time spent with clinical duties</i>	Clínico: se define a los profesionales que pasan el 50% o más de su jornada en tareas clínicas
<i>Executive is defined as 50% or more of time spent with administrative duties</i>	Administrativo: se define a los profesionales que pasan el 50% o más de su jornada en tareas administrativas
Title	Cargo
Physician (Clinical)	Médico (Clínico)
Physician (Executive)	Médico (Administrativo/gestión)
RN (Executive)	Enfermero/a (Administrativo/gestión)
RN (Clinical)	Enfermero/a (Clínico)
Administration	Administración

Other _____	Otros
<i>Service</i>	Servicio
Medical Service	Centro de salud
Emergency Department	Urgencias
Intensive Care	Cuidados intensivos
Surgical Services	Cirugía
Other _____	Otros
<i>Demographics</i>	Sociodemográfica
19 Years or Younger	19 años o menos
20-29 Years	20-29 años
30-39 Years	30-39 años
40-49 Years	40-49 años
50-59 Years	50-59 años
60 Years or Older	60 años o más
Male	Hombre
Female	Mujer
1) On a scale of 1 – 10 with 10 being the most positive, how would you describe the overall atmosphere of nurse-physician relationships at your hospital?	1) En una escala del 1 al 10, siendo 10 la más positiva, ¿cómo describiría el ambiente de la relación Enfermera – Médico en su hospital?
Very negative	Muy negativa
Barely Positive	Poco Positiva
Somewhat Positive	Algo positiva
Mostly Positive	Bastante positiva
Very Positive	Muy positiva
2) Have you ever witnessed disruptive behavior from a physician at your hospital?	2) ¿Alguna vez ha presenciado comportamiento disruptivo por parte de un/a médico de su hospital?
3) Have you ever witnessed disruptive behavior from a nurse at your hospital?	3) ¿Alguna vez ha presenciado comportamiento disruptivo por parte de un/a enfermero/a de su hospital?

4). Are there any particular settings where disruptive behavior is most prevalent? (Check all that apply)	4) ¿Existe alguna unidad en la que el comportamiento disruptivo es más prevalente? (marque todas las áreas)
ICU	UCI
OR	Quirófanos
ED	Urgencia
OB	Obstetricia
Med unit	Med. general
surg. Unit	Cirugía
SNF	Enfermería
Other	Otros
5) Are there any particular specialties where disruptive events occur most often? (Check all that apply)	5) ¿Existe alguna especialidad donde se produzcan comportamientos disruptivos de forma frecuente? (Seleccione todas las especialidades)
General Surgery	Cirugía General
Cardiac Surgery	Cirugía Cardíaca
Cardiology	Cardiología
Orthopedics	Ortopédica
Neurosurgery	Neurocirugía
Anesthesia	Anestesia
OB/Gyn	Obstetricia / Ginecología
Other	Otros
6) What percentage of physicians would you say exhibit disruptive behavior at your hospital?	6) ¿Qué porcentaje de médicos diría que muestran comportamiento disruptivo en su hospital?
None	Cero
More than 10%	Más del 10%
7) What percentage of nurses would you say exhibit disruptive behavior at your hospital?	7) ¿Qué porcentaje de enfermeros/as diría que muestran comportamiento disruptivo en su hospital?
None	Cero

More than 10%	Más del 10%
8) How often does physician disruptive behavior occur at your hospital?	8) ¿Con qué frecuencia los médicos presentan comportamientos disruptivos en su hospital?
Daily	Diariamente
Weekly	Semanalmente
1-2 Time/Month	1-2 veces al mes
1-5 Times/Year	1-5 veces al año
Never	Nunca
9) How often does nurse disruptive behavior occur at your hospital?	9) ¿Con qué frecuencia los enfermeros/as presentan comportamientos disruptivos en su hospital?
Daily	Diariamente
Weekly	Semanalmente
1-2 Time/Month	1-2 veces al mes
1-5 Times/Year	1-5 veces al año
Never	Nunca
10) On a scale of 1 – 10 with 10 being the most serious, how serious of an issue is physician disruptive behavior at your hospital?	10) En una escala del 1 – 10 siendo 10 los casos más graves, ¿Cómo de graves son los problemas causados por el comportamiento disruptivo de los médicos en su hospital?
Not Serious	Nada graves
Minimally Serious	poco graves
Somewhat Serious	Algo graves
Mostly Serious	Bastante graves
Very Serious	Muy graves
11) How serious of an issue is nurse disruptive behavior in your hospital?	11) ¿Cómo de graves son los problemas causados por el comportamiento disruptivo de enfermeros/as en su hospital?
Not Serious	Nada graves
Minimally Serious	Mínimamente graves
Somewhat Serious	Algo graves
Mostly Serious	Bastante graves

Very Serious	Muy graves
12) From your perspective, do you think that disruptive behavior can potentially have a negative effect on patient outcomes?	12) Desde su punto de vista ¿Cree que el comportamiento disruptivo puede tener efectos potencialmente negativos en la atención al paciente?
13) How often do you think disruptive behavior results in the following? (never-rarely-sometimes-frequent-constant)	13) ¿Con qué frecuencia cree que comportamiento disruptivo influye en los siguientes aspectos? (nunca - en raras veces - algunas veces-frecuentemente - constantemente)
Stress	Estrés
Frustration	Frustración
Loss of concentration	Pérdida de concentración
Reduced team collaboration	Trabajo en equipo reducido
Reduced information transfer	Información transmitida reducida
Reduced communication	Comunicación reducida
Impaired RN-MD relations	Problemas en la relación Enfermera – Médico
14) How often do you think there is a link between disruptive behavior and the following? (never-rarely-sometimes-frequent-constant)	14) ¿Con que frecuencia considera que existe una relación entre el comportamiento disruptivo y los siguientes aspectos? (nunca - en raras veces - algunas veces-frecuentemente - constantemente)
Adverse Events	Eventos Adversos
Errors	Errores
Patient safety	Seguridad del paciente
Quality of care	Calidad de la atención
Patient mortality	Mortalidad del paciente
Nurse satisfaction	Satisfacción de los/as enfermeros/as
Physician satisfaction	Satisfacción de los médicos
Patient satisfaction	Satisfacción del paciente
15) Are you aware of any potential adverse events that could have occurred from disruptive behavior?	15) ¿Tiene conocimiento de cualquier evento adverso potencial que pudiera haber ocurrido debido un comportamiento disruptivo?

16) If yes, how serious an impact do you think this could have had on patient outcomes?	16) Si la respuesta es sí, ¿Cómo de grave hubiera sido el impacto en los pacientes?
Not Serious	Nada grave
Somewhat Serious	Algo grave
Serious	Grave
Very Serious	Muy grave
Extremely Serious	Extremadamente grave
17) Are you aware of any specific adverse events that did occur as a result of disruptive behavior?	17. ¿Conoce los eventos adversos que han ocurrido como resultado del comportamiento disruptivo?
17.1) If yes, please describe:	17.1) Si la respuesta es sí, por favor descríbalos:
17.2) Could this have been prevented?	17.2) ¿Este se podría haber prevenido?
17.3) If yes, please describe:	17.3) Si la respuesta es sí, por favor descríbalos:
18) Is there a code of conduct or policy for the handling of disruptive/ abusive behavior at your hospital?	18) ¿Existe algún protocolo para actuar frente al comportamiento disruptivo en su hospital?
18.1) If yes, please explain:	18.1) Si la respuesta es sí, por favor explíquelo:
18.2) Is the plan effective?	18.2) ¿El protocolo es efectivo?
18.3) Please explain:	18.3) Por favor explíquelo:
19) If you know of physicians who have been counseled about his or her behavior, on a scale of 1-10 with 10 being completely satisfied, rate the success of this process.	19) Si conoce médicos que han sido asesorados debido a su comportamiento, en una escala de 1-10 siendo 10 completamente satisfecho, califique el éxito del proceso
Not Satisfied	Nada satisfecho
Minimally Satisfied	Poco satisfecho
Somewhat Satisfied	Algo satisfecho
Mostly Satisfied	Muy Satisfecho
Completely Satisfied	Completamente Satisfecho
a) If you know of nurses who have been counseled about his or her behavior, on a scale of 1-10 with 10 being completely satisfied, rate the success of this process.	a) Si conoce enfermeros/as que han sido asesorados/as sobre su comportamiento, en una escala de 1-10 siendo 10 completamente satisfecho, califique el éxito del proceso.

Not Satisfied	Nada satisfecho
Minimally Satisfied	Poco satisfecho
Somewhat Satisfied	Algo satisfecho
Mostly Satisfied	Muy Satisfecho
Completely Satisfied	Completamente Satisfecho
20) Is there a non-punitive reporting environment for those who witness/experience disruptive behavior?	20) ¿Existe un servicio de registro para aquellos que presencian / experimentan comportamiento disruptivo?
21) Are there any barriers or resistance to the reporting of disruptive behavior? (Check all that apply):	21) ¿Existe alguna barrera u obstáculo para notificar un comportamiento disruptivo? (Seleccione todos los aspectos):
Fear of Retaliation	Miedo a las represalias
Lack of Confidentiality	Falta de confidencialidad
The feeling that "Nothing ever changes"	La sensación de que "nada cambiara nunca"
No feedback of results	No existe respuesta o resultados
Other	Otros
Please explain:	Por favor explíquelos:
Additional Comments (use additional space as necessary)	Comentarios adicionales (utilice el espacio adicional en caso de ser necesario)
Your Title (optional)	Su cargo en el trabajo (opcional)

ANEXO 5: Autorizaciones

DATOS DEL PROYECTO

Título:	“Análisis de la influencia del comportamiento disruptivo en la comunicación como dimensión de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario”	
Investigador Principal	Nombre	Correo-e
Dra.	Adriana Catarina De Souza Oliveira	acatarina@ucam.edu

INFORME DEL COMITÉ

Fecha	27/04/2018	Código	CE041825
--------------	------------	---------------	----------

Tipo de Experimentación

Investigación experimental clínica con seres humanos	
Utilización de tejidos humanos procedentes de pacientes, tejidos embrionarios o fetales	
Utilización de tejidos humanos, tejidos embrionarios o fetales procedentes de bancos de muestras o tejidos	
Investigación observacional con seres humanos, psicológica o comportamental en humanos	
Uso de datos personales	X
Experimentación animal	
Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o las plantas	
Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs)	

Comentarios Respecto al Tipo de Experimentación

Nada Obsta

Comentarios Respecto a la Metodología de Experimentación

Nada Obsta



Sugerencias al Investigador

A la vista de la solicitud de informe adjunto por el Investigador y de las recomendaciones anteriormente expuestas el dictamen del Comité es:

Emitir Informe Favorable	X
Emitir Informe Desfavorable	
Emitir Informe Favorable condicionado a Subsanación	

MOTIVACIÓN

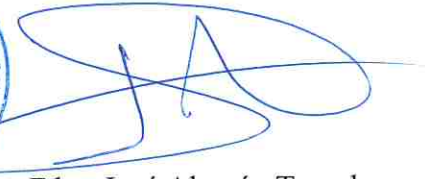
Incrementará conocimientos en su área

Vº Bº El Presidente,



Fdo.: José Alberto Cánovas Sánchez

El Secretario,

Fdo.: José Alarcón Teruel

APROBACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN. Comité de Investigación del Área III de Salud.

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

D. Enrique José Casado Galindo , Director Gerente del Área III de Salud de Lorca, visto el dictamen favorable del Comité de Investigación del Área III.

EXPONE:

-Que conoce la propuesta realizada sobre el estudio de investigación “ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DEL COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO EN LA COMUNICACIÓN COMO DIMENSIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO”, estudio a realizar por D. Pedro Moreno Leal.

-Que acepta la realización de dicho estudio de investigación en este Centro.

Lorca, a 31 de Enero del 2020

DIRECTOR GERENTE AREA III DE SALUD.



Fdo: D. Enrique J. Casado Galindo

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D^a Laly Gómez Sannicolás, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Sta. M^a del Rosell, Áreas II y VIII de Salud del Servicio Murciano de Salud

CERTIFICA QUE,

1º En reunión celebrada del día 03/12/19, acta nº 09/19 ha evaluado la propuesta del Promotor/investigador referida al estudio:

Tipo de estudio: **No Observacional SIN MEDICAMENTOS**

Cod. Protocolo	Nº EudraCT
No consta	No procede
Análisis de la influencia del comportamiento disyuntivo en la comunicación como dimensión de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.	
Versión Protocolo	Consentimiento Invormado
Vs. Sept.2019	Vs. Sept.2019
Promotor:	

Evaluando los aspectos del estudio requeridos por la legislación vigente:

- La realización del estudio en el Área II de salud es pertinente.
- El estudio cumple con los requisitos reglamentarios correspondientes al tipo de estudio.
- El diseño del estudio es adecuado para obtener las conclusiones objetivo del mismo.
- Los criterios de selección y retirada de los sujetos están indicados y son adecuados.
- Requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad de los investigadores y los medios disponibles apropiados para llevar a cabo el estudio.
- El grupo control ha sido adecuadamente elegido y es correcto.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiera con el respeto a los postulados éticos.
- Cumplimiento de los preceptos éticos formulados en la orden SAS 3470/2009 y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones.

En base a lo expuesto este comité emite el siguiente dictamen:

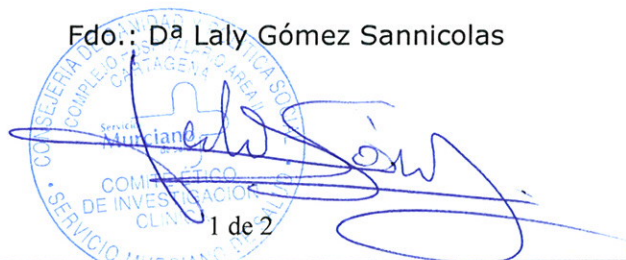
INFORME FAVORABLE

Investigador y Centros:

D. Pedro Moreno Leal, Enfermero del HGUSL

Lo que firmo en Cartagena, 03 de diciembre de 2019.

Fdo.: D^a Laly Gómez Sannicolás



1 de 2

1º EN reunión celebrada del día 03/12/19, acta nº 09/19 se decidió emitir el informe correspondiente al proyecto de Investigación anteriormente referido.

2º En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en las legislaciones vigentes:

-RD 223/2004 (regulación de Ensayos Clínicos con medicamentos) - Orden SAS 3470/2009 (Directrices sobre estudios postautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano, para que la decisión del CEIC sea válida.

3º El CEIC "H. S. M. del Rosell", tanto en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

4º La composición actual del CEIC que ha evaluado la propuesta fue la siguiente:

Presidente:	D. A. Javier Trujillo Santos	Médico Adjunto Medicina Interna/Infecciosa.
Vicepresidente:	D. José Valverde Molina.	Jefe Sección, Sª Pediatría
Secretaria:	Dª Laly Gómez Sannicolás,	Secretaria Unidad Investigación.
Vocales:	D. José M. Bueno Ortiz,	Médico Adjunto Centro de Salud de Fuente Álamo.
	D. Francisco Sánchez Rodríguez	Responsable Farmacia, adscrito a la GAP Área II.
	D. Bías García Rojo	Médico Adjunto Servicio Anestesiología y Reanimación.
	D. Federico Soria Arcos	Médico Adjunto Servicio Cardiología.
	Dª Mª Teresa Roldan Chicano	Enfermera Diplomada.
	Dª Ruth L. Manrique Medina	Médico Adjunto Gerencia A. Primaria. Técnico de Salud
	D. Javier Aranda Lorca	Licenciado en Derecho
	D. Luis Escondrillas Gómez	Responsable Farmacia del HGUSL
	D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz	Catedrático Medicina Legal y Forense.

En el caso de que se evaluara algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

**DICTAMEN
DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
ÁREA DE SALUD VII DE MURCIA**

D^a Inmaculada Sellés Navarro, presidenta del Comité de Ética de la Investigación del Hospital General Universitario Reina Sofía, Área de Salud VII, Murcia Este, le notifica que en la sesión celebrada el 21/11/2019, se examinó la propuesta para que se lleve a cabo en este ámbito el proyecto: **"Análisis de la influencia del comportamiento disruptivo en la comunicación como dimensión de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario."** Investigador Principal Pedro Moreno Leal, Doctorando en Enfermería.

Que en esta reunión los miembros del CEI presentes que figuran en el Anexo I y se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente R.D. 1090/2015, y que el CEI, tanto en su composición como en sus procedimientos, cumple con las normas BCP (CPMP/ICH/135/95), que regulan su funcionamiento.

Se considera que:

- El estudio cumple con los principios y garantías de la Ley de Investigación Biomédica 14/2007, de 3 de julio, y su realización es pertinente.
- El seguro o la garantía financiera previstos son adecuados.
- Se cumplen los requisitos de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.
- El procedimiento para obtener el consentimiento informado de los pacientes es adecuado, incluyendo el modelo empleado para dicho documento y para la hoja de información a los mismos.
- El plan de reclutamiento de sujetos previsto es adecuado, así como las compensaciones previstas para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- La capacidad del investigador, las instalaciones y medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por lo que este Comité emite Dictamen Favorable. Para la realización de dicho estudio es indispensable obtener la aprobación de la Dirección Médica de este Hospital.

Murcia, a 21 de noviembre de 2019



HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA - MURCIA
COMITE ETICO DE
INVESTIGACION CLINICA

La Presidenta del CEI

Inmaculada Selles Navarro



Región de Murcia
Consejería de Salud



PEDRO MORENO LEAL

Enfermero
Carril Torre Salinas
30010 Murcia

Cieza, 16 de julio de 2019

En referencia a la solicitud para la realización del proyecto de investigación **titulado “Análisis de la influencia del comportamiento disruptivo en la comunicación como dimensión de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario”** se autoriza al solicitante D. Pedro Moreno Leal a la realización del mismo en el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao de Cieza.

Atentamente,

Fdo: Carlos Peña Laguna
Director de Enfermería Área IX

16/07/2019 15:09:24

PEÑA LAGUNA, CARLOS

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-425045M4-07-ca-8ce3-1b20-0050509634e7



**AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN MÉDICA
DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
ÁREA DE SALUD VII DE MURCIA**

Con el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica, examinada la solicitud y la documentación aportada, para llevar a cabo el estudio titulado: **"Análisis de la influencia del comportamiento disruptivo en la comunicación como dimensión de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario."** Investigador Principal Pedro Moreno Leal, Doctorando en Enfermería.

El doctor Fernando de la Cierva Bento, Subdirector Médico del Hospital General Universitario Reina Sofía, Área de Salud VII de Murcia, **AUTORIZA** la realización del mismo.

En Murcia, a 21 de noviembre de 2019

El Subdirector Médico



Fernando de la Cierva Bento

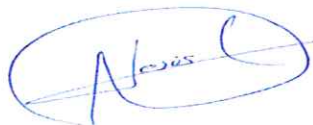
AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN (CETI)
ÁREA VI-VEGA MEDIA DEL SEGURA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

- **INFORMA:** Que se ha solicitado la autorización para realizar un estudio de investigación en el Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer por parte del investigador D. Pedro MORENO LEAL. Enfermero. Tutores Académicos, D^a. Adriana Catarina de Souza Oliveira y D. César Leal Costa. Tutor Área VI, D. Jesús Leal Llopis. Supervisor de Calidad e Investigación. El Título de estudio es: "Análisis de la influencia del comportamiento disruptivo en la comunicación como dimensión de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario". Código. CETI: 39/19.
- Una vez revisada la documentación enviada, se comprueba que se cumplen los siguientes requisitos:
- El protocolo de estudio cuenta con el rigor metodológico adecuado a los objetivos de la investigación.
- Se garantiza la confidencialidad de los datos y custodia de la información. Firma cláusula de confidencialidad.
- Se garantiza la idoneidad de la información al paciente, verificando la hoja de información al paciente y su autorización para participar en el estudio.
- Debe tener en cuenta las recomendaciones de los evaluadores en Anexo I.

Por todo lo anteriormente expuesto **informo que el estudio es viable en todos sus términos.** Y para que conste, a los efectos oportunos, se expide este informe que **autoriza a realizar dicha investigación.**

En Murcia a 26 de julio de 2019



Fdo. : Jesús Leal Llopis
Vice-Presidente
Comisión de Evaluación de
Trabajos de Investigación (CETI)




Vg. B^o. Carmen Martínez Abellán
Directora Gerente

ANEXO I

Observaciones y sugerencias de la Comisión:

- La primera fase (se realizará un proceso de adaptación y validación) no está incluida en el cronograma ni en el documento presentado en la UCAM y el objetivo 5 seguimos sin verlo definido de acuerdo a la metodología, pero estas dos puntualizaciones no afectan a la autorización para permitir realizar el estudio. Sólo las señalamos para que el investigador las tenga en cuenta de cara a la redacción final del trabajo.

ANEXO 6: Publicaciones

Disruptive Behavior at Hospitals and Factors Associated to Safer Care: A Systematic Review

Pedro Moreno-Leal ¹, César Leal-Costa ^{2,*}, José Luis Díaz-Agea ^{1,*}, Ismael Jiménez-Ruiz ², Antonio Jesús Ramos-Morcillo ², María Ruzafa-Martínez ² and Adriana Catarina De Souza Oliveira ¹

¹ Faculty of Nursing, Universidad Católica de Murcia, 30107 Murcia, Spain; pedromorenoleal@gmail.com (P.M.-L.); acatarina@ucam.edu (A.C.D.S.O.)

² Faculty of Nursing, Universidad de Murcia, 30120 Murcia, Spain; Ismael.jimenez@um.es (I.J.-R.); ajramos@um.es (A.J.R.-M.); maruzafa@um.es (M.R.-M.)

* Correspondence: cleal@um.es (C.L.-C.); jluis@ucam.edu (J.L.D.-A.); Tel.: +34-868-889-771 (C.L.-C.)

Abstract: Disruptive behavior creates a dysfunctional culture that has a negative impact on work relations and influences the quality of care and safety of the patient. The objective of the present work is to provide the best methodological quality scientific evidence available on disruptive behavior at a hospital, the aspect associated with the safety of the patient, and its impact on quality of care. For this, we included studies that addressed the prevalence of disruptive behaviors observed in the area of hospital health and its professionals. The selection, eligibility, data extraction and evaluation of the risk of bias stages were conducted by two researchers, and any discrepancies were solved by a third researcher. The data presented show that disruptive behaviors are frequently observed in the daily life of health professionals, and compromise the quality of care, the safety of the patient, and can lead to adverse effects. The results presented indicate that the appearance of disruptive behaviors compromises the quality of care, the safety of the patient, and the appearance of adverse effects, and can also affect the physical and mental health of the health professionals. PROSPERO registration number: CRD42021248798.

Keywords: disruptive behavior; patient safety; doctor-nurse relationships; adverse effects; systematic review



Citation: Moreno-Leal, P.; Leal-Costa, C.; Díaz-Agea, J.L.; Jiménez-Ruiz, I.; Ramos-Morcillo, A.J.; Ruzafa-Martínez, M.; De Souza Oliveira, A.C. Disruptive Behavior at Hospitals and Factors Associated to Safer Care: A Systematic Review. *Healthcare* **2022**, *10*, 19. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010019>

Academic Editor: Susan Letvak

Received: 17 November 2021

Accepted: 21 December 2021

Published: 23 December 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Although no clear consensus exists about the definition of disruptive behavior, authors agree that it creates a dysfunctional culture that has a negative impact on work relations, making difficult interpersonal communication and influencing the quality of care and safety of the patient [1–8].

According to Meneses et al. [8], the main attributes of disruptive behavior are lack of civility and psychological violence, together with consequences such as moral and psychiatric suffering and broken communication. Important information is not shared, resulting in submission and little autonomy. Health centers cannot protect or ignore intimidating or perturbing behaviors, in order to not promote the insecurity of the patients in work contexts that are not healthy for the entire team [9].

In 2008, the Joint Commission International (JCAHO) considered disruptive behavior as threatening, inappropriate behavior, which has a deconstructive effect on the culture of safety, and for this reason, considered it as a Sentinel Event Alert 40, indicating the importance of preventing, managing, and controlling these behaviors among health professionals, including the managing board of the organization. It proposes eleven institutional strategies, highlighting effective and affective leadership and communication. It states that it is the responsibility of the institution to control a hostile environment and provide a proactive culture for safer care, aside from underlining the increase in healthcare costs [10].

Disruptive behaviors are perceived by health professionals as predictors of adverse events (53%), negative impacts with damage to health care (73%), and a contributor to

mortality (25%) [11]. In this scenario, we also find medication mistakes linked to the bad relationship between the doctor and nurse. More specifically, it is attributed to the bad communication of verbal orders from the doctor related to the administration of medicines, when doctors become irritated when nurses do not follow their verbal orders until the content of these orders is not clarified [12]. This reminds us of the importance of the indicator “the spoken repetition of the verbal orders (a standardized manner for ensuring understanding) . . . ” as part of the goal “Facilitate an adequate transfer of information and clear communication” proposed by the National Quality Forum of the United States [13] within the framework of “Safe Practices for Better Health Care”, whose objective is to implement and promote indicators of good practices to improve the level of safety of the patient.

Hicks et al. [14] found a variety of disruptive behaviors which entailed the worst clinical practice results, significantly harming the culture of safety. According to Shen et al. [15], one of the main factors which made it difficult to address disruptive behavior in clinical practice was perhaps the “culture of silence”, turning it into a complex process for health workers and institutions, and influencing the safety of the patient.

Therefore, the objective of the present systematic review is to provide the scientific evidence with the best methodological quality, on disruptive behavior at a hospital, the aspects related to the associated safety of the patient, and its impact on the quality of care.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design

This systematic review study was conducted based on the updated version of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA, 2020) [16,17]. This study was registered in the International Prospective Register of Systematic Reviews platform (PROSPERO), on 27 May 2021 (Registration number: CRD42021248798).

2.2. Selection Criteria

Eligibility Criteria

The eligibility criteria adopted in the review are related to the research questions: Which are the most frequent disruptive behaviors in the hospital environment and what are their impacts on the safety of the patient? Which are the triggers of these disruptive behaviors perceived by the health professionals?

Therefore, the inclusion criteria were chosen to start with a condition, context, and population (CoCoPop) [18]. Thus, the following studies were selected: those which addressed the prevalence of disruptive behaviors (Co); developed in the area of hospital health (Co); and which evaluated the disruptive behavior of health professionals (Health professionals who provided direct or indirect care, of any gender or race, with at least 3 months of service at any hospital services or unit), and their consequences on the safety of the patient (Pop). We chose to work with studies published between 2014 and 2021, as we observed that studies about the subject were widely investigated in the last 5 years.

As result, studies with non-resident students and studies conducted strictly with the administration of hospital institutions were excluded.

2.3. Sources of Information and Bibliographic Search

Initially, various search strategies were tried in each database. Based on the greater sensitivity and specificity, a standardized search strategy was defined, after which two researchers performed the search independently. The search terms and descriptors (social behavior, disruptive behavior, patient safety, and health professionals, were combined with the Boolean operators AND / OR. The search strategies adopted were applied to the databases selected (PubMed, Web of Science, ScienceDirect, PsycINFO and CINAHL).

After the search was conducted in the databases, the article files were collected with the application Rayyan, with which an initial verification was performed to detect the presence of duplicate articles.

During the selection phase, the titles and abstracts of the articles were read to evaluate their compliance with the eligibility criteria. Then, the complete text of the articles selected was read. Additionally, the references from these articles were examined to detect studies that could be potentially relevant. At all the stages, two reviewers were responsible for the reading of the articles, and when a divergence was observed, a third reviewer was consulted.

2.4. Data Extraction

The general information and methodology utilized were collected from each study: title, first author, year of publication, country, the objective of the study, type of disruptive behavior and its frequency, impact on the safety of the patient, and quality of attention, and lastly, type of measuring tools, data analysis, and main results.

2.5. Evaluation of Risk of Bias

The JBI scale (Joanna Bridges Institute) [19] was utilized to evaluate the methodological quality (risk of bias) of the cohort studies (longitudinal) and cross-sectional. The evaluation process was performed by two independent researchers, and any doubt or disagreement was resolved with the help of a third researcher.

2.6. Data Analysis and Synthesis

The general information and the methods applied in the study were extracted. We collected the name of the authors and year of publication, the size of the sample, the measurement instruments utilized in the evaluation of disruptive behaviors, and the main results presented in each study. There was high heterogeneity in the characteristics and size of the samples, in the results, and in the measurement instruments. For these reasons, quantitative synthesis of the data was not possible.

3. Results

The search in the different databases provided 233 articles, which were screened to evaluate their eligibility. Of these, two were eliminated because they were duplicates. After reading the titles and abstracts, and after reading the complete articles, 12 articles were selected for their systematic review [20–31] (Figure 1).

Of the 12 studies selected, five were conducted in the United States [20,23,26,28,29], 2 in Canada [22,30], two in Israel [27,31] and one each in other countries (China, Egypt and Iran) [21,24,25]. The studies included 22,176 health professionals (nurses, doctors, medicine students and technicians).

As for the measurement instruments, high heterogeneity was observed. Different types of scales and questionnaires, validated and adapted to each studied population, were applied. Additionally, these were provided printed or virtually [20–31]. Starting with the results described in Table 1, we found that disruptive behavior was frequently observed in the routines of the health professionals [20–31]. With this respect, it was notable that most of the studies on the prevalence of disruptive behaviors in the hospital context could reach or exceed 90% of the occurrence in the last few weeks, months, or years [21,24,25,28,30,31].

The consequences of these disruptive behaviors are documented by health professionals. It was observed that its occurrence can compromise the quality of care, patient safety, and lead to adverse effects [20,21,25,27]. Aside from these negative consequences, it is observed that these disruptive behaviors can lead to physical health (musculoskeletal) and mental (stress, emotional exhaustion, depression, dissatisfaction at work, and sleep disorders) problems of the health professionals in a hospital context [20–31].

In general, the high prevalence of disruptive behaviors and consequences on the quality and safety of the patient, as well as the physical and mental damage of the health professionals re-enforces the need to monitor these behaviors and actions oriented towards collaborative work [31].

With respect to the evaluation of the methodological quality, some weaknesses were found in the evaluation of the exposure, the definition of the criteria to standardize the measurement of the condition, the identification of confounding factors, and the strategies to face these variables (items 2, 3, 4, 5, and 6). However, some studies showed an excellent methodological quality [22,26,27].

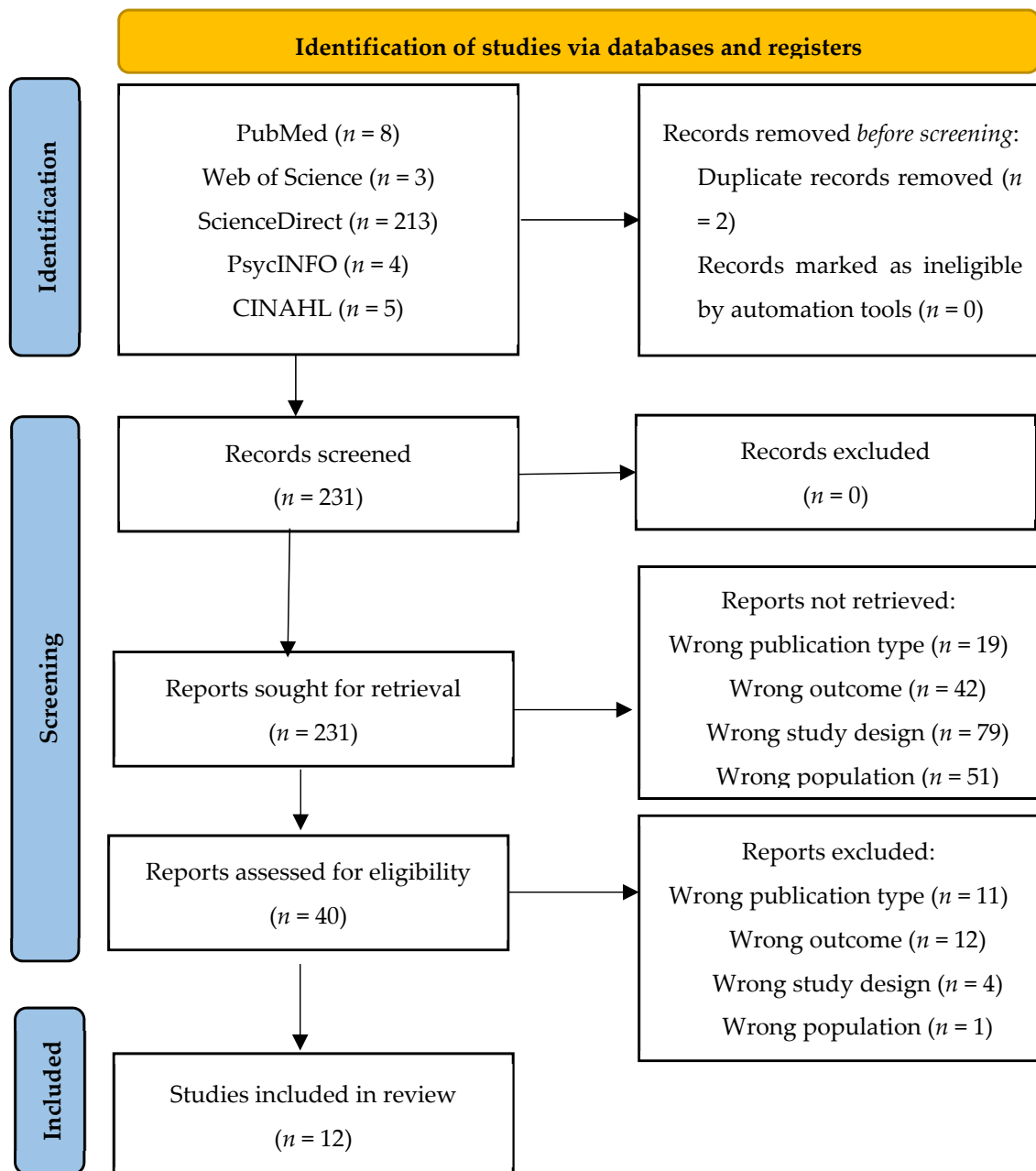


Figure 1. This figure shows the flow diagram utilized for the review, based on the PRISMA model (2020).

Table 1. Characteristics of the studies included in the systematic review.

Author (Year)	Country	Participants	Measuring Instruments	Key Findings
Addison and Luparell (2014) [20]	United States	57 nurses (M = 54 and F = 31)	The questionnaire consists of 21 questions (Dr. Alan Rosenstein's questionnaire)	Nurses perceived that disruptive behavior is linked to adverse events and may also have a negative impact on patient safety and satisfaction.
Elhoseny and Adel (2016) [21]	Egypt	120 Physicians (M = 89 and F = 31)	A self-administered questionnaire of 16 questions based on the ACPE and QuantiaMD Survey	98.3% of respondents reported that disruptive behavior affects patient care. The most frequent behavior was the refusal to cooperate with other providers (74.2%), with 35% of the interviewees.
Havaei; Astivia and McaPhe (2020) [22]	Canada	537 medical-surgical nurses (M = 26 and F = 506)	A series of four workplace violence items were adapted	Burnout, a psychological response to workplace violence, increased nurses' reports of musculoskeletal injuries, anxiety disorders, and sleep disturbances.
Keller et al. (2018) [23]	United States	1208 nurses (M = 206 and 1102)	22 multi-item scales that were drawn from existing valid and reliable instruments	One individual (marital status) and three workplaces (setting, schedule, and role) characteristics, as well as one dispositional (negative affectivity), one contextual (organizational constraint), and two interpersonal (distributive justice and workgroup cohesion) factors, were significant predictors of RNs' experiences of verbal abuse by RN colleagues.
Liut et al. (2021) [24]	China	1481 nurses (M = 116 and F = 1365)	The Workplace Psychological Violent Behaviors instrument	Chinese surgical nurses reported a high prevalence of WPV (92.1%), which is substantially higher than that seen in other departments in China.
Maddineshat et al. (2016) [25]	Iran	45 physicians e 110 nurses	A translated and modified 25-item questionnaire	81% of physicians and 52% of nurses exhibited disruptive behavior. It was observed that these behaviors result in stress (97%), job dissatisfaction and compromised patient safety (53%), quality of care (72%) and errors (70%).
Rehder et al. (2020) [26]	United States	7,293 health care workers (M = 1658 and F = 5,906)	Disruptive Behavior Scale (6 items)	Significant correlations of disruptive behaviors with a worse teamwork climate, safety climate, job satisfaction and management of perceptions were detected; a lower balance between work and personal life; increased emotional exhaustion; and increased depression.
Riskin et al. (2019) [27]	Israel	160 medical professionals	A Likert scale was utilized (1 = not much to 5 = extremely) with six questions	Exposure to rudeness is not only associated with increased state depletion and decreased information sharing among team members, but it may put patients' safety at risk given its association with reduced compliance with infection control and medication protocols.
Small; Porterfield and Gordon (2015) [28]	United States	2821 nurses (M = 276 and F = 2512)	21 web-based questions were utilized to assess disruptive behaviors	Most participants reported that the work environment presented a high risk for the occurrence of at least one disruptive behavior every 6 months.
Stecker and Stecker (2014) [29]	United States	617 nurses (M = 75 and F = 542)	The Provider Conflict Questionnaire and the Perceived Stress Scale	The importance of workplace stress is emphasized by the fact that more than 78% of the respondents in our study felt that most of their stress came from work rather than home.
VillaFranca et al. (2019) [30]	Canada	7465 anesthesiologists, nurses, surgeons, senior medical students and technicians (M = 3836 and F = 3629)	14 examples of disruptive behaviors were measured in a Likert scale of 7 points	Nearly all respondents reported experiencing or witnessing multiple examples of disruptive behavior, with an average respondent observing between 12 and 61 events within the preceding year.
Warshawski (2015) [31]	Israel	262 nurses	A structured questionnaire	Nurses in this sample reported a high sense of professional threat maybe as a result of an ongoing lack of collaboration with other team members.

4. Discussion

The results presented in this systematic review indicate that the appearance of disruptive behaviors can compromise the quality of care, the safety of the patient, and can lead to

adverse effects. In the studies included, it was observed that these behaviors can affect the physical and mental health of the health professionals, independently of their profession and length of employment.

At present, the studies on this subject are mainly cross-sectional, through the use of a questionnaire, and are mainly focused on four broad dimensions that are associated with the safety of the patient and the quality of care, considering the possible adverse effects experienced during the process of care derived from the different disruptive behaviors. These dimensions are: Motives and prevalence of disruptive behavior in the health context where the individual factors, the environmental factors, the organizational factors, and the social factors, are relevant, with important correlations observed between abuse and gender, physical abuse and position, and physical abuse and level of education that have generated at least one observed disruptive behavior [30,32,33]; places and moments in which these disruptive behaviors are produced; in this dimension, we highlight the recording of disruptive behavior at emergency services, surgery rooms, and ICU, considered as high complexity due to the variability of the processes and level of care, linked with the physical and emotional workload [20,23]; the types and element characteristics of disruptive behavior: the studies underlined the aspects associated with “intimidation” and “hostility” related with workload and teamwork [26,34]; the strategies and protocols: in most cases, the studies indicated the implementation of a proactive culture by the health professionals in the development of competences in patient safety, team work, and the making of decisions, and by the health institutions, for providing a functional and structural organization for the development of this culture, to promote human qualities at work [8,28,35,36].

With respect to the social-labor variables, a study that analyzed the reports of the notifications observed more disruptive behaviors in the category “physicians” (81%) compared to 52% in the category “nursing”. It was observed that these behaviors result in stress (97%), job dissatisfaction and compromised patient safety (53%), quality of care (72%) and errors (70%) [25].

Another study addressed 2821 nurses, who indicated the existence of a relationship between disruptive behavior and gender. Women indicated that they suffered more verbal and physical abuse than men [28].

Study Limitations

The main limitation of the study is related to the absence of clinical trial studies on disruptive behaviors associated with patient safety. Given the heterogeneity of the studies included in the systematic review, a meta-analysis was not possible. Therefore, the findings of this systematic review have led to an update in scientific knowledge in this area, and the results can be further utilized to facilitate decision-making and the implementation of new health policies.

5. Conclusions

The results presented in this systematic review indicate that the appearance of disruptive behaviors compromises the quality of care in the hospital setting. These disruptive behaviors (rudeness, violence in the workplace, feeling of threat, poor distribution of workload and refusal to work in a team) lead to negative consequences, such as the safety of the patient, the appearance of adverse effects, and can also affect the physical and mental health of the health professionals, independently of their profession and the length of employment. Most importantly, it is hoped that these data can be used to develop organizational policies to enhance the workplace and positive patient outcomes within a healthy work environment.

Author Contributions: Conceptualization, P.M.-L., C.L.-C. and A.C.D.S.O.; Data curation, P.M.-L. and C.L.-C.; Formal analysis, P.M.-L., C.L.-C. and A.C.D.S.O.; Funding acquisition, P.M.-L.; Investigation, P.M.-L., C.L.-C. and A.C.D.S.O.; Methodology, P.M.-L., C.L.-C., J.L.D.-A., I.J.-R., A.J.R.-M., M.R.-M. and A.C.D.S.O.; Project administration, C.L.-C. and A.C.D.S.O.; Software, P.M.-L., C.L.-C. and A.C.D.S.O.; Supervision, C.L.-C., J.L.D.-A., I.J.-R., A.J.R.-M., M.R.-M. and A.C.D.S.O.; Validation,

C.L.-C., J.L.D.-A., I.J.-R., A.J.R.-M., M.R.-M. and A.C.D.S.O.; Visualization, C.L.-C., J.L.D.-A., I.J.-R., A.J.R.-M., M.R.-M. and A.C.D.S.O.; Writing—original draft, P.M.-L., C.L.-C. and A.C.D.S.O.; Writing—review & editing, J.L.D.-A., I.J.-R., A.J.R.-M. and M.R.-M. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Informed Consent Statement: Not applicable.

Data Availability Statement: The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Abbreviations

JBI	Joanna Bridges Institute
PRISMA-P	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses-Protocols
SR	systematic review

References

- Rosenstein, A.H. Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *Am. J. Nurs.* **2002**, *102*, 26–34. [[CrossRef](#)]
- Rosenstein, A.H.; O’Daniel, M. Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena. *J. Am. Coll. Surg.* **2006**, *203*, 96–105. [[CrossRef](#)]
- Rosenstein, A.H.; Naylor, B. Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department. *J. Emerg. Med.* **2012**, *43*, 139–148. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Leape, L.L.; Fromson, J.A. Problem doctors: Is there a system-level solution? *Ann. Intern. Med.* **2006**, *144*, 107–115. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Hickson, G.; Pichert, J. One step in promoting patient safety: Addressing disruptive behavior. *Physician Insurer. Fourth Quart.* **2010**, *1*, 40–43.
- Walrath, J.M.; Dang, D.; Nyberg, D. Hospital RNs’ experiences with disruptive behavior: A qualitative study. *J. Nurs. Care Qual.* **2010**, *25*, 105–116. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Leape, L.L.; Shore, M.F.; Dienstag, J.L.; Mayer, R.J.; Edgman-Levitan, S.P.A.; Meyer, G.S. Perspective: A culture of respect, part 1: The nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Acad. Med.* **2012**, *87*, 845–852. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Meneses, R.; Leitao, I.; Aguiar, L.L.; Oliveira, A.C.S.; Gazos, D.M.; Silva, L.M.S. Evaluating the intervening factors in patient safety: Focusing on hospital nursing staff. *Rev. Esc. Enferm. USP* **2015**, *49*, 104–113. [[CrossRef](#)]
- Vessey, J.A.; Demarco, R.; DiFazio, R. Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: The state of the science. *Annu. Rev. Nurs. Res.* **2010**, *28*, 133–157. [[CrossRef](#)]
- Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety. *Sentin. Event Alert* **2008**, *40*, 1–3.
- O’Daniel, M.; Rosenstein, A.H. Professional Communication and Team Collaboration. In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses Chapter: Chapter 33*; Hughes, R.G., Ed.; Agency for Healthcare Research and Quality (US): Rockville, MD, USA, 2008.
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Instilling a measure of safety into those whispering down the lane verbal orders. *Risk Medicat. Saf. Alert* **2001**, *6*, 1–2.
- National Quality Forum. *Safe Practices for Better Health Care: A Consensus Report*; Report No.: NQFCR-05-03; NQF: Washington, DC, USA, 2003.
- Hicks, S.; Stavropoulou, C. The Effect of Health Care Professional Disruptive Behavior on Patient Care: A Systematic Review. *J. Patient Saf.* **2020**; *publish ahead of print.* [[CrossRef](#)]
- Shen, H.C.; Chiu, H.T.; Lee, P.H.; Hu, Y.C.; Chang, W.Y. Hospital environment, nurse-physician relationships and quality of care: Questionnaire survey. *J. Adv. Nurs.* **2011**, *67*, 349–358. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Moher, D.; Shamseer, L.; Clarke, M.; Ghersi, D.; Liberati, A.; Petticrew, M.; Shekelle, P.; Stewart, L.A. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst. Rev.* **2015**, *4*, 1–9. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Page, M.J.; McKenzie, J.E.; Bossuyt, P.M.; Boutron, I.; Hoffman, T.C.; Mulrow, C.D. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* **2021**, *372*, 1–9. [[CrossRef](#)]
- Munn, Z.; Moola, S.; Lisy, K.; Riitano, D.; Tufanaru, C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *Int. J. Evid. Based Healthc.* **2015**, *13*, 147–153. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Aromataris, E.; Munn, Z. *JBI Manual for Evidence Synthesis*; JBI: Adelaide, Australia, 2020; Available online: <https://synthesismanual.jbi.global> (accessed on 24 May 2021). [[CrossRef](#)]

20. Addison, K.; Luparell, S. Rural Nurses' Perception of Disruptive Behaviors and Clinical Outcomes: A Pilot Study. *Online J. Rural Nurs. Health Care* **2014**, *14*, 66–82. [[CrossRef](#)]
21. Elhoseny, T.A.; Adel, A. Disruptive physician behaviors and their impact on patient care in a health insurance hospital in Alexandria, Egypt. *J. Egypt. Public Health Assoc.* **2016**, *91*, 80–85. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
22. Havaei, F.; Astivia, O.L.O.; MacPhee, M. The impact of workplace violence on medical-surgical nurses' health outcome: A moderated mediation model of work environment conditions and burnout using secondary data. *Int. J. Nurs. Stud.* **2020**, *109*, 1–9. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
23. Keller, R.; Krainovich-Miller, B.; Budin, W.; Djukic, M. Predictors of nurses' experience of verbal abuse by nurse colleagues. *Nurs. Outlook* **2018**, *66*, 190–203. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
24. Liu, X.; Wang, L.; Chen, W.; Wu, X. A cross-sectional survey on workplace psychological violence among operating room nurses in Mainland China. *Appl. Nurs. Res.* **2021**, *57*, e151349. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
25. Maddineshat, M.; Rosenstein, A.H.; Akaberi, A.; Tabatabaiechehr, M. Disruptive Behaviors in an Emergency Department: The Perspective of Physicians and Nurses. *J. Caring Sci.* **2016**, *5*, 241–249. [[CrossRef](#)]
26. Rehder, K.J.; Adair, K.C.; Hadley, A.; McKittrick, K.; Frankel, A.; Leonard, M. Associations between a New Disruptive Behaviors Scale and Teamwork, Patient Safety, Work-Life Balance, Burnout, and Depression. *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* **2020**, *46*, 18–26. [[CrossRef](#)]
27. Riskin, A.; Bamberger, P.; Erez, A.; Foulk, T.; Cooper, B.; Peterfreund, I. Incivility and Patient Safety: A Longitudinal Study of Rudeness, Protocol Compliance, and Adverse Events. *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* **2019**, *45*, 358–367. [[CrossRef](#)]
28. Small, C.R.; Porterfield, S.; Gordon, G.B.S. Disruptive behavior within the workplace. *Appl. Nurs. Res.* **2015**, *28*, 67–71. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
29. Stecker, M.; Stecker, M. Disruptive staff interactions: A serious source of inter-provider conflict and stress in health care settings. *Issues Ment. Health Nurs.* **2014**, *35*, 533–541. [[CrossRef](#)]
30. Villafranca, A.; Hiebert, B.; Hamlin, C.; Young, A.; Parveen, D.; Arora, R.C. Prevalence and predictors of exposure to disruptive behaviour in the operating room. *Can. J. Anesth. J. Can. D'anesthésie* **2019**, *66*, 781–794. [[CrossRef](#)]
31. Warshawski, S. The state of collaborative work with nurses in Israel: A mixed method study. *Int. J. Health Plan. Manag.* **2016**, *31*, 396–413. [[CrossRef](#)]
32. Afzali, M.; Mokhtari Nouri, J.; Ebadi, A.; Khademolhoseyni, S.M.; Reje, N. The Causes of disruptive behaviors in nursing workforce: A systematic review. *Int. J. Med. Rev.* **2015**, *2*, 265–271.
33. Katz, M.G.; Rockne, W.Y.; Braga, R.; Mckellar, S.; Cochran, A. An improved patient safety reporting system increases reports of disruptive behavior in the perioperative setting. *Am. J. Surg.* **2020**, *219*, 21–26. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
34. Nakhaee, S.; Nasiri, A. Inter-professional Relationships Issues among Iranian Nurses and Physicians: A Qualitative Study. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* **2017**, *22*, 8–13. [[CrossRef](#)]
35. Keller, S.; Tschan, F.; Semmer, N.K.; Timm-Holzer, E.; Zimmermann, J.; Candinas, D. Disruptive behavior in the operating room: A prospective observational study of triggers and effects of tense communication episodes in surgical teams. *PLoS ONE* **2019**, *14*, e0226437. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
36. Hamblin, L.E.; Essenmacher, L.; Ager, J.; Upfal, M.; Luborsky, M.; Russell, J. Worker-to-worker violence in hospitals: Perpetrator characteristics and common dyads. *Workplace Health Saf.* **2016**, *64*, 51–56. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Article

Cross-Cultural Adaptation of the Instrument “Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior in Patient Care” to the Spanish Context

Pedro Moreno-Leal ¹, César Leal-Costa ^{2,*}, José Luis Díaz-Agea ^{1,*}, Ismael Jiménez-Ruiz ²,
María Suarez-Cortés ² and Adriana Catarina De Souza Oliveira ¹

¹ Faculty of Nursing, Universidad Católica de Murcia, 30107 Murcia, Spain

² Faculty of Nursing, Universidad de Murcia, 30120 Murcia, Spain

* Correspondence: cleal@um.es (C.L.-C.); jluis@ucam.edu (J.L.D.-A.); Tel.: +34-868-889-771 (C.L.-C.)

Abstract: Disruptive behavior in the healthcare context has an impact on patient care, healthcare personnel, and the health organization, and it also influences the therapeutic relationship, communication process, and adverse events. However, there is a lack of instruments that could be used for its analysis in the hospital care environment in the Spanish context. The objective of the study was to culturally adapt and perform a content validation of the tool “Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care”, to the Spanish content (Spain). An instrumental study was conducted, which included an analysis of conceptual and semantic equivalence. A panel of experts analyzed the translations, by analyzing the Content Validity Index (CVI) of the group of items in the scale through the Relevance Index (RI) and the Pertinence Index (PI). Only a single item obtained an RI value of 0.72, although with PI value of 0.81, with consensus reached for not deleting this item. The CVI of all the items was >0.80 for the mean value of the RI, as well as the PI. The instrument was adapted to the Spanish context and is adequate for evaluating the disruptive behaviors on nurse–physician relationships and its impact on patient care. However, the importance of continuing the analysis of the rest of the psychometric properties in future studies is underlined.

Keywords: problem behavior; patient safety; physician–nurse relations; cultural competency; methodological studies



Citation: Moreno-Leal, P.; Leal-Costa, C.; Díaz-Agea, J.L.; Jiménez-Ruiz, I.; Suarez-Cortés, M.; De Souza Oliveira, A.C. Cross-Cultural Adaptation of the Instrument “Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior in Patient Care” to the Spanish Context. *Healthcare* **2022**, *10*, 1834. <https://doi.org/10.3390/healthcare10101834>

Academic Editors: Robbert Gobbens and Florin Opreescu

Received: 14 July 2022

Accepted: 19 September 2022

Published: 22 September 2022

Publisher’s Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Disruptive behavior is defined as any inadequate behavior, confrontation, or conflict—ranging from verbal abuse (abusive, intimidating, disrespectful, or threatening behavior), to physical or sexual abuse—that could negatively affect work relations, communication efficiency, and the caregiving process and its results [1–3].

In the healthcare context, the relationship between disruptive behavior and the negative consequences for the patient, for the healthcare personnel, and for the organization have been demonstrated, having an influence on the therapeutic relationship, communication process, and adverse events and dissatisfaction and compromised patient safety [4–10]. Moreover, Keller et al. [5] stressed that at the organizational level, the physical and emotional workload in services with a high variety of processes, can be a predictor of disruptive behaviors. For example, if communication is incorrect, or if there is some type of disruptive behavior, there is a greater probability that a mistake in care can be produced [11]. In 2006, the Joint Commission International (JCAHO) named disruptive behavior as a Sentinel Event Alert 40 due to its deconstructive effect on the culture of safety [6].

The study conducted by Rosenstein et al. [3] to analyze the disruptive behavior with respect to the nurse–physician relationship and its impact on patient care, is considered an important reference for addressing disruptive behaviors in area of healthcare. In this specific case, through the application of the original instrument used in our transcultural

adaptation, the results showed that 53% of the health professionals identified the disruptive behaviors as predictors of adverse events.

A systematic review has recently been carried out to provide the best methodological quality scientific evidence available on disruptive behavior at a hospital, the aspect associated with the safety of the patient, and its impact on quality of care [12]. Of the studies identified in the systematic review, many measured disruptive behaviors in specific samples of professional groups such as physicians [13] or nurses [14,15], in specific clinical areas such as the surgical setting [16]. Other studies measured other variables with different instruments [17–19]. Only two studies analyzed this problem from a multidisciplinary perspective, and both used the Rosenstein instrument [3,20].

In the Spanish context, we did not find any instruments on the subject. Thus, our aim was to create an instrument that is adequate to the language and context of Spain. In the preparatory phase, as a step prior to adapting the instrument, a systematic review was conducted to discover the current state of the subject and instruments in this area [12]. We decided to adapt the instrument “Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of disruptive behavior on patient care” [1], which was originally composed of 22 items. Of these, 17 items (Likert-type scale and dichotomous questions) are related to: (a) frequency of physician and nurse disruptive behavior (nine items), (b) importance of physician–nurse relationship and its effects on patient care and safety (four items), (c) reporting disruptive behaviors (one item), (d) clinical and psychological effects of disruptive behaviors (two items), and e) adverse events of disruptive behaviors (1 item). In addition, there is an open section for comments and four social-labor variables.

The objective of the study was to transculturally-adapt the instrument “Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of disruptive behavior on patient care” to the Spanish versions (Spain), and to validate the content with a panel of experts.

2. Materials and Methods

Instrumental study of transcultural adaptation and validation of content of an instrument to the Spanish version (Spain).

For the methodological process of the study, 3 phases were implemented, following international guidelines [21]: First Phase: Transcultural adaptation (initial translation, synthesis of the translations, back-translation) [22]. Second Phase: Analysis of content validity through a panel of experts and pilot study. Third Phase: Test–retest reliability (Figure 1).

2.1. Phase 1: Transcultural Adaptation

For the initial translation, a translation was made from English to Spanish (Spain) by three bilingual translators (mother tongue Spanish/Spain, with English language certification), independently. One of them knew the objective of the study, and a request was made that the translation had a semantic perspective (semantic equivalence to the Spanish context—without adding any new concept) [22,23].

In this phase, the three translators were asked to indicate dubious words and their corresponding suggested changes, and if the question was well formulated.

The stage of back-translation from Spanish (Spain) to English was performed by three bilingual translators (mother tongue English with a certification for the Spanish (Spain) language), independently, and began after the synthesis of the translations from the first stage.

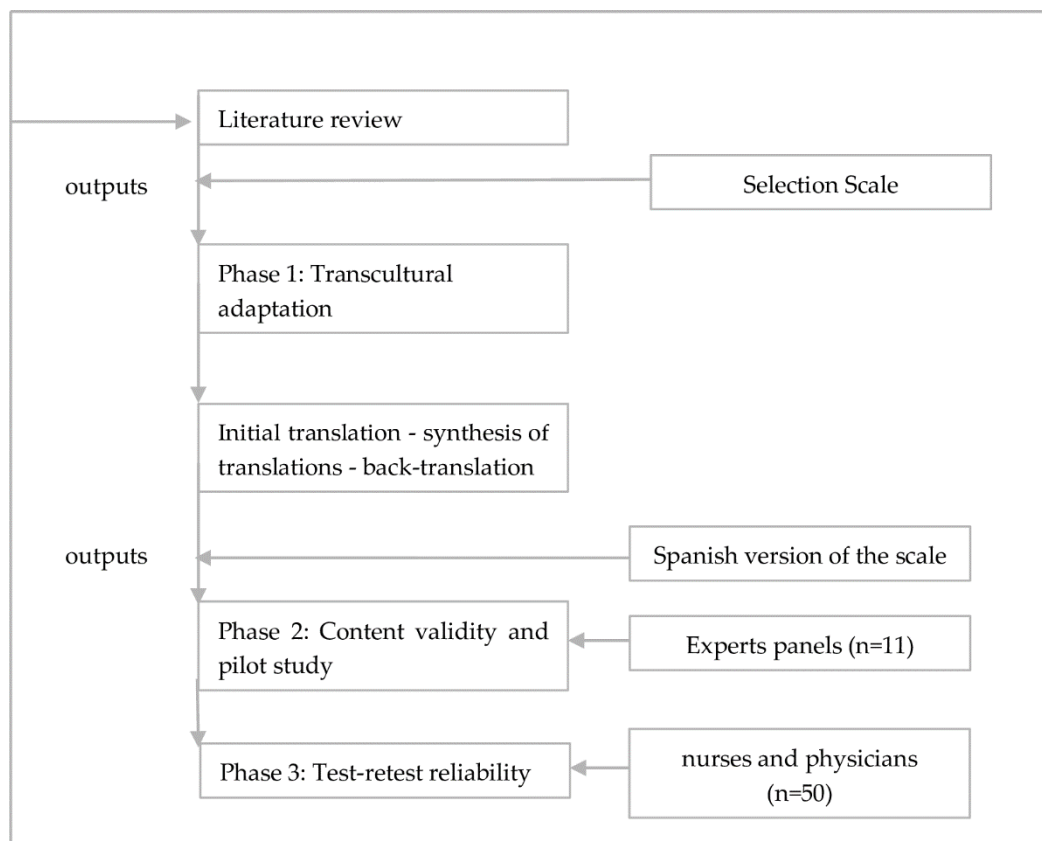


Figure 1. Phases of the study.

2.2. Phase 2: Analysis of the Content Validity through a Panel of Experts and Pilot Study

For this phase, an adaptation of the conventional Delphi technique was utilized [24,25]. To provide a response to this analysis, a panel of experts was composed by utilizing two strategies. On the one hand, to recruit the experts, a search for information was conducted with managers in healthcare (titles, functions, years of service, participation in panels in related areas), who were identified with the help of databases of scientific evidence published.

After these steps, 28 health professionals were invited (nurses and/or physicians) by phone. An explanation was given as to the object of study, and they were told that participation was on an individual basis, without information provided on the composition of the panel [25]. Moreover, they were informed that the confidentiality and protection of data were guaranteed, according to the Organic Law 3/2018, from 5 December, of Protection of Personal Data and guarantee of digital rights [26].

The inclusion criteria were (a) ≥ 5 years of experience in hospitals (professionals from different units and different hospitals), (b) having previously participated in other research studies or publication in patient safety (associated in some manner to the subject under study: patient safety, disruptive behavior, and/or communication between health professionals), (d) capacity to provide opinions and suggestions, and (e) motivation and availability to participate in the study.

To evaluate the suitability of the panel of experts, the Competence Coefficient (K), represented by $(K) = 0.5 (Kc + Ka)$, was calculated, with (Kc) being the Knowledge Coefficient, defined as the self-evaluation of the experts about their knowledge with respect to the subject studied, and (Ka) the Argumentation Coefficient, defined the arguments (sources) used to prove their knowledge [27]. Table 1 shows the score applied for Ka.

Table 1. Scores of the sources of argumentation to obtaining the “Argumentation coefficient” (Ka).

Source of Argumentation	High	Medium	Low
Theoretical analysis who have developed related with the subject studied	0.3	0.2	0.1
Your professional experience	0.5	0.4	0.2
Review of research studies on the subject with Spanish/national authors	0.05	0.05	0.05
Review of research studies on the subject with non-Spanish/international authors	0.05	0.05	0.05
Your own knowledge on the current state of the subject	0.05	0.05	0.05
Your intuition about the study/subject	0.05	0.05	0.05

Adapted from Cabero and Barroso [27].

After evaluating the value of the Coefficient of Competence (K), 11 experts were selected [28], who were provided with the translated versions of the scale for them to judge each of the items and the scale in general. This number of experts was considered sufficient for evaluating the content validity [27,29].

This evaluation was performed in two rounds. In the first round, the experts evaluated if the item was clear and comprehensible (consensus from at least 70% of the judges) [30]. In the second round, they evaluated the Relevance Index (RI), and the Pertinence Index (PI) of the items of the scale, with 0 = not pertinent/not relevant, and 1 = pertinent/relevant. The formula for its calculation was Number of experts who scored with a 1 divided by the total number of experts who evaluated the item. Lastly, the Content Validity Index (CVI) of the entire set of items of the scale was calculated (mean of the RI/PI of the items as a set). A value of ≥ 8 was considered as an accepted validity for each of the items, as well as for the Scale as a whole [28,30]. In this phase, the qualitative observations of the experts were collected, for each of the items that shaped the original instrument.

A pilot study was conducted with 10 nurses. The objective was to evaluate its understandability, acceptability, and time for completion of the scale for the evaluators.

2.3. Phase 3: Test–Retest Reliability

Finally, the test–retest reliability was analyzed using the Kappa index [31], the Intra-class Correlation Coefficient (ICC) [32] and the general concordance index according to the nature of the variable in a sample of 50 participants (nurses and physicians) from different hospital units/services, carrying out clinical or management activities. It has been applied in an interval of 15 days between test and retest.

As for the ethical aspects, the ethics and copyright principles were followed, with authorization solicited from Alan H. Rosenstein (the main author of the original instrument), and a commitment was made to provide information on the phases of the study and the evaluation of the final adapted version (before its publication).

3. Results

After the process of translation, the three translators created an online version where they indicated the dubious words. So that the best transcultural version was selected, the panel of experts, after analyzing the items in which these words were found, created a matrix of composition of the items, according to the analysis of clarity and comprehension of these items, and their cultural and idiomatic semantics (Table 2). The panel of experts stressed the importance of adding the definition “disruptive behavior” at the start of the Scale (before the first question).

Table 3 shows that for the most part, the experts obtained a high Coefficient of Competences (K), with values $0.8 < K < 0.9$. However, one of them (expert 4) was excluded from the panel for not answering the item Argumentation coefficient (Ka), so that the composition was finally comprised by 11 experts.

Table 4 shows the composition of the items after the content validity analysis. For the RI, the only item that obtained an RI value < 0.8 was item 5, “Is there a specialization in which disruptive behaviors are produced frequently?” being susceptible for elimination. However, this item obtained a PI of 0.81, and a consensus was made to not delete the item, according to the evaluation of the suggestions and opinions of the experts and study researchers. No items were eliminated or added with respect to the original instrument. Likewise, no changes were made to the response scales of the items. The CVI calculated for the complete scale was RI = 0.89, and PI = 0.94.

Table 2. Matrix of composition of the final items according to the panel of experts.

Original	Translator 1	Translator 2	Translator 3	Panel of Experts	Decision from Panel of Experts—Composition of the Item
Survey on the relationship Nurse—Physician: Impact of disruptive behavior in patient care	Encuesta sobre la relación Enfermera—médico: impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente	Escala sobre la relación Enfermera—médico: impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente	Cuestionario sobre la relación Enfermera—médico: impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente	<p>Escala sobre la relación Enfermero/a—médico: impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente (Scale on the relationship Nurse—physician: impact of disruptive behavior on patient care)</p>	<p>Scale on the relationship Nurse—physician: impact of disruptive behavior on patient care. Justification: Although a consensus of 70% of the translators was not found, a consensus of 95% was obtained from the Panel of Experts, who decided to name the instrument as a SCALE, considering the non-grouping of the items according to dimensions or categories.</p>
In every item: disruptive behavior	Comportamiento inapropiado	Comportamiento disruptivo	Comportamiento perturbador/disruptivo	<p>Disruptive behavior adding the definition at the beginning of the Scale (before the first question).</p>	<p>“Disruptive behavior” was defined as any inappropriate behavior, altercation or conflict ranging from verbal abuse to physical or sexual abuse. One of the potential consequences of disruptive behavior is its effect on the collaboration and communication between physicians and nurses, which can lead to negative results in patient care. The present questionnaire was designed to identify the potential impact of disruptive behavior on adverse events, medical mistakes, patient safety, quality, and other aspects associated to care. Justification: There is a 100% consensus between the experts, who selected the term “disruptive behavior” considering the reference studies, including the original study on the instrument and the analysis of its concept. Moreover, an indication was made to add all the information before the first question (concept of disruptive behavior, objectives, and indications).</p>
In every item: physicians and nurses	Médicos y enfermeros	Médicos y enfermeros/as	Médicos y enfermeros	Médicos y enfermeros/as	<p>Justification: Although a consensus of 70% was not found between the translators, a 95% consensus was found in the panel of experts, who decided to identify the nursing category with the translation “enfermeros/as”, as in Spanish, the ending “os” and “as” refer to male or female nurses, respectively. Moreover, this is the idiomatic expression used in healthcare. However, in the physicians category, the word “medicos” is maintained, independently of the sex of the healthcare professional.</p>

Table 2. Cont.

Original	Translator 1	Translator 2	Translator 3	Panel of Experts	Decision from Panel of Experts—Composition of the Item
Item 4. Are there any particular settings where disruptive behavior is most prevalent?	Zona o lugar en concreto	Unidad en concreto	Unidad en concreto	Unidad en concreto	¿Hay alguna unidad en concreto en la cual el comportamiento disruptivo sea más frecuente? (Are there any particular settings where disruptive behavior is most prevalent?) Justification: there was a 95% consensus in the panel of experts leading to the decision of using the term “unidad” (unit), because the term “zona” (<i>area</i>) is a limited space that is most frequently used in geography or public administrations. On the other hand, the term “lugar” (<i>place</i>) can create confusion in its interpretation, for example lugar-puesto (<i>place-position</i>), lugar-cargo (<i>place-load</i>). In the Spanish context, it is more frequent to use “unidad” to identify a physical space, where at the level of hospitals, we find equipment and personnel for the monitoring and treatment of patients.
Item 8. How often does physician disruptive behavior occur at your hospital?	¿Con qué frecuencia ... ?	¿Cuál es la frecuencia ... ?	¿Con qué frecuencia ... ?	¿Con qué frecuencia ... ?	¿Con qué frecuencia los médicos presentan comportamientos disruptivos en su hospital? (<i>How often does physician disruptive behavior occur at your hospital?</i>) Justification: There was a 100% consensus from the experts who selected “¿con qué frecuencia? (<i>how frequently</i>), because it was understood that it was the most semantically-adequate term.
Item 9. How often does nurse disruptive behavior occur at your hospital?	¿Con qué frecuencia ... ?	¿Cuál es la frecuencia ... ?	¿Con qué frecuencia ... ?	¿Cuál es la frecuencia ... ?	¿Con qué frecuencia los/as enfermeros/as presentan comportamientos disruptivos en su hospital? (<i>How often does nurse disruptive behavior occur at your hospital?</i>) Justification: There was a 90% consensus from the experts who decided that selected “¿con qué frecuencia? (<i>how frequently</i>), was the most semantically-adequate term.
Item 15: Are you aware of any potential adverse events that could have occurred from disruptive behavior?	Tiene conocimiento	Estar al tanto	Tiene conocimiento	Tiene conocimiento	¿Tiene conocimiento de cualquier evento adverso potencial que pudiera haber ocurrido debido un comportamiento disruptivo? (<i>Are you aware of any potential adverse events that could have occurred from disruptive behavior?</i>) Justification: There was a 95% agreement that “¿tiene conocimiento?” (<i>do you have knowledge on</i>) was the most semantically-adequate for a scientific instrument.
Item 20. Is there a non-punitive reporting environment for those who witness /experience disruptive behavior?	¿Existe un sistema de notificación para los eventos presenciados o cometidos por los médicos y enfermeros/as?	¿Existe un entorno de registro no punitivo para aquellos que presencian / experimentan comportamiento disruptivo?	¿Existe un sistema de notificación para los eventos presenciados o ocasionados por los médicos y enfermeros/as?	¿Existe un sistema de notificación para los eventos presenciados o cometidos por los médicos y enfermeros/as?	¿Existe un sistema de notificación para los eventos presenciados o cometidos por los médicos y enfermeros/as? (<i>Is there a non-punitive reporting environment for the events witnessed or committed by physicians and/or nurses</i>) Justification: There was a 100% agreement that this was the correct translation, considering all the international recommendations what indicate that healthcare institutions/organizations must implement a system of reporting that is inherent to a non-punitive culture and which adheres to the confidentiality of the personal data of those who report.

Table 3. Result of the Competence Coefficient (K) of the panel of Experts.

Expert	Knowledge or Information Coefficient (Kc) = $nc * (0.1)$	Argumentation Coefficient (Ka) = $fa * (1 + fa * 2 + \dots + fa * 6)$	Competence Coefficient (K) = $0.5 (Kc + Ka)$	Panel of Experts
Expert 1	0.8	0.9	0.85	Included—K high *
Expert 2	0.9	0.9	0.9	Included—K high *
Expert 3	0.7	0.7	0.7	Included—K medium *
Expert 4	0.5	NA *	NA *	Excluded—no value for K
Expert 5	0.7	0.8	0.75	Included—K medium *
Expert 6	0.8	0.9	0.85	Included—K high *
Expert 7	0.9	0.9	0.9	Included—K high *
Expert 8	0.9	0.9	0.9	Included—K high *
Expert 9	0.7	0.8	0.75	Included—K medium *
Expert 10	0.8	0.9	0.85	Included—K high *
Expert 11	0.7	0.7	0.7	Included—K medium *
Expert 12	0.8	0.8	0.8	Included—K high *

nc * = self-evaluation of the experts about their level of knowledge, Scale from 1 to 10; fa * = sources of argumentation for items 1 to 6; NA * = No answered; K high * = $0.8 < K < 1.0$; K medium * = $0.5 < K < 0.8$.

Table 4. Relevance Index (RI) and Pertinence Index (PI) of the items of the scale.

Item	Composition of the Item	RI	PI	RS
1	En una escala de 1 a 10, siendo 10 la respuesta más positiva ¿Cómo describiría el ambiente de la relación Enfermero/a—Médico en su hospital? (On a scale of 1—10 with 10 being the most positive, how would you describe the overall atmosphere of nurse–physician relationships at your hospital?)	0.81	0.90	0.859 ^a
2	¿Alguna vez ha presenciado comportamiento disruptivo por parte de un/a médico de su hospital? (Have you ever witnessed disruptive behavior from a physician at your hospital?)	0.90	0.90	0.552 ^b
3	¿Alguna vez ha presenciado comportamiento disruptivo por parte de un/a enfermero/a de su hospital? (Have you ever witnessed disruptive behavior from a nurse at your hospital?)	0.90	0.90	0.425 ^b
4	¿Existe alguna unidad en concreto en la cual el comportamiento disruptivo es más prevalente? (Are there any particular settings where disruptive behavior is most prevalent?)	0.81	1	100 ^c
5	¿Existe alguna especialidad donde se produzcan comportamientos disruptivos de forma frecuente? (Are there any particular specialties where disruptive events occur most?)	0.72	0.81	100 ^c
6	¿Qué porcentaje de médicos diría que muestran comportamiento disruptivo en su hospital? (What percentage of physicians would you say exhibit disruptive behavior at your hospital?)	0.81	0.90	0.807 ^b
7	¿Qué porcentaje de enfermeros/as diría que muestran comportamiento disruptivo en su hospital? (What percentage of nurses would you say exhibit disruptive behavior at your hospital?)	0.81	1	0.834 ^b
8	¿Con qué frecuencia los médicos presentan comportamientos disruptivos en su hospital? (How often does physician disruptive behavior occur at your hospital?)	0.81	1	0.457 ^b
9	¿Con qué frecuencia los enfermeros/as presentan comportamientos disruptivos en su hospital? (How often does nurse disruptive behavior occur at your hospital?)	0.81	1	0.726 ^b

Table 4. Cont.

Item	Composition of the Item	RI	PI	RS
10	¿Cómo de graves son los problemas causados por el comportamiento disruptivo de los médicos en su hospital? (how serious of an issue is physician disruptive behavior at your hospital?)	1	1	0.895 ^a
11	¿Cómo de graves son los problemas causados por el comportamiento disruptivo de enfermeros/as en su hospital? (How serious of an issue is nurse disruptive behavior in your hospital?)	1	1	0.909 ^a
12	¿Cree que el comportamiento disruptivo puede tener efectos potencialmente negativos en la atención al paciente? (Do you think that disruptive behavior can potentially have a negative effect on patient outcomes?)	1	1	1 ^b
13	¿Con qué frecuencia cree que el comportamiento disruptivo influye en los siguientes aspectos? (How often do you think disruptive behavior results in the following?)	1	1	0.737 ^b
14	¿Con qué frecuencia considera que existe una relación entre el comportamiento disruptivo y los siguientes aspectos? (How often do you think there is a link between disruptive behavior and the following?)	1	1	0.835 ^b
15	¿Conoce cualquier evento potencialmente desagradable que puede haber ocurrido debido al comportamiento disruptivo? (Are you aware of any potential adverse events that could have occurred from disruptive behavior?)	0.81	1	1 ^b
16	Si la respuesta es sí, ¿Cómo de grave hubiera sido el impacto en los pacientes? (If yes, how serious an impact do you think this could have had on patient outcomes?)	1	1	1 ^b
17	¿Conoce los eventos adversos que han ocurrido como resultado del comportamiento disruptivo? (Are you aware of any specific adverse events that did occur as a result of disruptive behavior?)	0.81	0.81	1 ^b
17.1	Si la respuesta es sí, por favor descríbalos: (If yes, please describe)	0.90	0.90	0.500 ^b
17.2	¿Esto se podría haber prevenido? (Could this have been prevented?)	1	1	100 ^c
17.3	Si la respuesta es sí, por favor descríbalos: (If yes, please describe)	0.90	0.90	100 ^c
18	¿Existe algún protocolo para actuar frente al comportamiento disruptivo en su hospital? (Is there a code of conduct or policy for the handling of disruptive/abusive behavior at your hospital?)	1	1	100 ^c
18.1	Si la respuesta es sí, por favor explíquelo: (If yes, please explain)	0.81	0.81	100 ^c
18.2	¿El protocolo es efectivo? (Is the plan effective?)	0.90	0.90	100 ^c
18.3	Por favor explíquelo: (Please explain)	0.81	0.81	
19	Si conoce médicos que han sido asesorados debido a su comportamiento, en una escala de 1-10 siendo 10 completamente satisfecho, califique el éxito del proceso. (If you know of physicians who have been counseled about his or her behavior, on a scale of 1-10 with 10 being completely satisfied, rate the success of this process.)	0.90	0.90	0.914 ^a
19.1	Si conoce enfermeros/as que han sido asesorados/as debido su comportamiento, en una escala de 1-10 siendo 10 completamente satisfecho, califique el éxito del proceso. (If you know of nurses who have been counseled about his or her behavior, on a scale of 1-10 with 10 being completely satisfied, rate the success of this process.)	0.90	0.90	0.927 ^a
20	¿Existe un servicio de registro no punitivo para aquellos que presencian/experimentan comportamiento disruptivo? (Is there a non-punitive reporting environment for those who witness/experience disruptive behavior?)	0.81	1	100 ^c
21	¿Existe alguna barrera u obstáculo para notificar un comportamiento disruptivo? (Are there any barriers or resistance to the reporting of disruptive behavior?)	0.81	1	100 ^c
Content Validity Index (CVI) of the set of items in the Scale		0.89	0.94	

S.R. Statistics Reliability; ^a Intraclass Correlation Coefficient; ^b Kappa Index; ^c General Agreement Index.

After the cognitive pilot study, it was verified that all the nurses understood the writing and sense of the items. The questionnaire completion time was 10 min.

The sociodemographic and professional characteristics of the 50 participants used to measure temporal stability (test–retest reliability) were women (60%) with a mean age of 42 (SD = 11.6) years, 52% being physicians, and 74% of the participants performing their care work in the clinical setting.

As we can see in Table 4, most of the items presented a Kappa Index with values that indicated a concordance of the responses between moderate and almost perfect (16 items), ICC with values equal to or greater than 0.75 (indicating a reproducibility excellent) and general agreement indices of 100% in all items (Table 4).

As the result of the study, a version that was transculturally adapted to Spanish (Spain) was created, given the consensus by the panel composed of 11 experts (Appendix A, Table A1).

4. Discussion

Like in other studies investigating the disruptive behavior [4–10], our results indicate that, after translating and adapting the “Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of disruptive behavior on patient care” [1] to Spanish, the tool is a valid, ready to be used in Spain, and opening possibilities to study disruptive behaviors in Spain and compare the results internationally.

After a systematic review [12] on disruptive behavior, it was discovered that no studies existed in Spain on the construction or transcultural adaptation of an instrument on disruptive behavior in healthcare, and its impact on safe care. However, when the instrument “Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of disruptive behavior on patient care” [1] was identified, it was observed that its approach could provide an answer to our questions, to identify aspects related with disruptive behaviors in healthcare, and its association to adverse events, satisfaction, communication, and improvement strategies. Moreover, we considered the international standing and prestige of the authors of the original version with respect to the subject studied, with this questionnaire used in various studies and in different specializations [2–10,20]. None of the studies found carried out a cross-cultural adaptation with the methodological rigor used in our study, and none of them carried out a reliability study. This makes it difficult to compare the results of our study with other similar studies. This justified our study, as it was agreed that a process of adaptation would be more efficient instead of the creation of a new instrument, which would be more time-consuming and costly.

The process of transcultural adaptation in the healthcare environment dates to the 1960s in mental health. However, perhaps with a different process of adaptation with “less rigor” and specificity for each instrument, given the scientific and methodological advancements in that period [33]. Presently, the process of cultural adaptation consists of a rigorous methodological process that is not solely based on linguistic translation. Steps are taken to achieve a high quality linguistic and transcultural version. The method by Beaton et al. [22] utilized in the present study, is considered one of the most utilized for transcultural adaptation, as it recommends a rigorous follow-up and monitoring of systematized stages and the participation of the author of the original questionnaire. In our case, the author (original version), aside from authorizing the use of the instrument, also monitored the stages of the study and approved the final version created by the panel of experts.

It was not easy to define the methodological process of adaptation and validation, given the variability of the response scales. However, the high Competence coefficient (K) obtained by the panel of experts ensured an adequate level of competence when evaluating the instrument [27]. It is important for an expert to be familiar with the area studied, and to possess a good level of knowledge to evaluate a guide or protocol [20].

With respect to the composition of the items, all the items, or dubious words found in the translation process obtained a 95% consensus from the panel of Experts, justifying every decision. An aspect that must be underlined was the “resounding” decision of the panel of experts with respect to the reporting of adverse events, indicating the exclusion of

the term “non-punitive”, as it is inherent and intrinsic to a reporting system. Effectively, the evidence shows that confidentiality, non-punitive actions, and anonymity, are basic principles of a reporting system, which at the same time, improves the degree of safety of the patient and the quality of care, creating a positive and collaborative environment, one of non-rejection and under reporting [34,35].

The only item that obtained an RI < 0.80 was item 5 “Are there any particular specialties where disruptive events occur most?” which was not eliminated after the evaluation by the panel of experts and researchers. The justification was that this item could not be substituted by or be part of item 4, as it was understood that it is not only important to identify the setting (unit), but also to discover if there is a more prevalent specialties with respect to disruptive behavior. Moreover, this item obtained a PI of 0.81, whose value indicated that the item was appropriate, opportune, and convenient for the subject proposed. The PI of the items is their degree of pertinence with respect to the object of study and the research objectives as well [36]. The results have shown that the items have an adequate content validity, which ensures that the items from the instrument are adequate and a representative sample of the content to be evaluated [29].

The Delphi method used in the study allowed the instrument adaptation proposal to be subjected to the judgement of experts, who assessed and evaluated the quality criteria necessary for the instrument to be a consistent and coherent scale, and that the concepts explored from another culture could be significantly reproduced to the culture found in the healthcare system in the Spanish context.

According to Kyle et al. [37], organizations do not understand how disruptive behaviors appear in the healthcare context, or how they can be measured, as there is little research on the subject. For this reason, stress is placed on the importance of conducting studies that identify disruptive behaviors and that analyze improvement strategies, to promote a culture that is proactive in the prevention and monitoring of these behaviors.

This study is not without limitations. The use of a sample of 11 experts, 10 nurses and 50 physicians/nurses could create possible bias with respect to the subjectivity and generalization of the results. However, carrying out the three phases of the study, with the different samples, gave the study methodological rigor. Another limitation could be that the pilot was only carried out with nurses. Lastly, one more limitation could be that in the third phase of the study some relevant background of the respondents (public, rural, urban hospitals, etc.) were not collected.

5. Conclusions

The instrument Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of disruptive behavior on patient care was adapted to the Spanish context and is adequate for evaluating the disruptive behaviors on nurse–physician relationships and its impact on patient care. The use of a systematic and rigorous methodology allowed us to obtain a conceptual version that is linguistically equivalent to the original.

The clinical applicability of the instrument to measure disruptive behavior in the relationships of health professionals would be to identify the factors associated with said behaviors and their impact on health care. The evaluation of disruptive behaviors can be used to design prevention strategies and improve the quality of care and patient safety. Nevertheless, the importance of continuing with the analysis of the rest of the psychometric properties in future studies is underlined.

Author Contributions: Conceptualization, P.M.-L., C.L.-C., I.J.-R. and A.C.D.S.O.; Data curation, M.S.-C.; Formal analysis, P.M.-L., J.L.D.-A. and A.C.D.S.O.; Funding acquisition, M.S.-C.; Investigation, P.M.-L., C.L.-C., J.L.D.-A., I.J.-R. and A.C.D.S.O.; Methodology, P.M.-L., C.L.-C., J.L.D.-A., I.J.-R., M.S.-C. and A.C.D.S.O.; Resources, I.J.-R.; Supervision, C.L.-C. and A.C.D.S.O.; Writing—original draft, P.M.-L., C.L.-C. and A.C.D.S.O.; Writing—review and editing, C.L.-C., J.L.D.-A., I.J.-R., M.S.-C. and A.C.D.S.O. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Bioethics Committees of the Catholic University of Murcia (Approval no. CE041825).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Appendix A

Table A1. Cuestionario adaptado—Versión español/España.

Versión Original	Versión Adaptada y Validada
Title: Nurse–Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care (versión original)	Título: Escala sobre la relación Enfermero/a-médico: impacto del comportamiento disruptivo en la atención al paciente
<p>“Disruptive behavior” is defined as any inappropriate behavior, confrontation or conflict ranging from verbal abuse to physical or sexual harassment. One potential consequence of disruptive behavior is its effect on collaboration and communication between physicians and nurses that may result in an adverse effect on patient care. The current survey is designed to assess the potential impact of disruptive behavior on adverse events, medical errors, patient safety, quality and other outcomes of care.</p>	<p>El “Comportamiento disruptivo” se define como cualquier comportamiento inapropiado, enfrentamiento o conflicto que puede ir desde el abuso verbal hasta el físico o acoso sexual. Una de las potenciales consecuencias del comportamiento disruptivo son sus efectos en la colaboración y comunicación entre los médicos y enfermeras que pueden conllevar resultados negativos en la atención al paciente. El presente cuestionario ha sido diseñado para identificar el potencial impacto del comportamiento disruptivo en los eventos adversos, errores médicos, seguridad de paciente, calidad y otros aspectos relacionados con la atención.</p>
<p>Please choose only one answer for each question unless otherwise stated. If you are completing the survey electronically, you can double click on any box and a prompt will appear. Under default value, click on “checked” and an X will appear in the box.</p>	<p>Por favor, escoja solo una de las respuestas por cada pregunta, salvo que se indique lo contrario. En caso de contestar el cuestionario de forma electrónica, puede hacer doble clic en cualquier casilla y aparecerá un aviso de confirmación. Debajo de cada valor, haga clic sobre la respuesta y una X aparecerá en la casilla.</p>
<i>(Survey Demographics: Please choose one in each category)</i>	(Variables sociodemográficas: Por favor, seleccione una por cada categoría)
<i>Clinical is defined as 50% or more of time spent with clinical duties</i>	Clínico: se define a los profesionales que pasan el 50% o más de su jornada en tareas clínicas
<i>Executive is defined as 50% or more of time spent with administrative duties</i>	Administrativo: se define a los profesionales que pasan el 50% o más de su jornada en tareas administrativas
Title	Cargo
Physician (Clinical)	Médico (Clínico)
Physician (Executive)	Médico (Administrativo/gestión)
RN (Executive)	Enfermero/a (Administrativo/gestión)
RN (Clinical)	Enfermero/a (Clínico)
Administration	Administración
Other _____	Otros
Service	Servicio
Medical Service	Centro de salud

Table A1. Cont.

Versión Original	Versión Adaptada y Validada
Emergency Department	Urgencias
Intensive Care	Cuidados intensivos
Surgical Services	Cirugía
Other _____	Otros
<i>Demographics</i>	Sociodemográfica
19 Years or Younger	19 años o menos
20–29 Years	20–29 años
30–39 Years	30–39 años
40–49 Years	40–49 años
50–59 Years	50–59 años
60 Years or Older	60 años o más
Male	Hombre
Female	Mujer
(1) On a scale of 1–10 with 10 being the most positive, how would you describe the overall atmosphere of nurse–physician relationships at your hospital?	(1) En una escala del 1 al 10, siendo 10 la más positiva, ¿cómo describiría el ambiente de la relación Enfermera–Médico en su hospital?
Very negative	Muy negativa
Barely Positive	Poco Positiva
Somewhat Positive	Algo positiva
Mostly Positive	Bastante positiva
Very Positive	Muy positiva
(2) Have you ever witnessed disruptive behavior from a physician at your hospital?	(2) ¿Alguna vez ha presenciado comportamiento disruptivo por parte de un/a médico de su hospital?
(3) Have you ever witnessed disruptive behavior from a nurse at your hospital?	(3) ¿Alguna vez ha presenciado comportamiento disruptivo por parte de un/a enfermero/a de su hospital?
(4) Are there any particular settings where disruptive behavior is most prevalent? (Check all that apply)	(4) ¿Existe alguna unidad en la que el comportamiento disruptivo es más prevalente? (marque todas las áreas)
ICU	UCI
OR	Quirófanos
ED	Urgencia
OB	Obstetricia
Med unit	Med. general
surg. Unit	Cirugía
SNF	Enfermería
Other	Otros
(5) Are there any particular specialties where disruptive events occur most often? (Check all that apply)	(5) ¿Existe alguna especialidad donde se produzcan comportamientos disruptivos de forma frecuente? (Seleccione todas las especialidades)
General Surgery	Cirugía General
Cardiac Surgery	Cirugía Cardíaca
Cardiology	Cardiología

Table A1. Cont.

Versión Original	Versión Adaptada y Validada
Orthopedics	Ortopédica
Neurosurgery	Neurocirugía
Anesthesia	Anestesia
OB/Gyn	Obstetricia/Ginecología
Other	Otros
(6) What percentage of physicians would you say exhibit disruptive behavior at your hospital?	(6) ¿Qué porcentaje de médicos diría que muestran comportamiento disruptivo en su hospital?
None	Cero
More than 10%	Más del 10%
(7) What percentage of nurses would you say exhibit disruptive behavior at your hospital?	(7) ¿Qué porcentaje de enfermeros/as diría que muestran comportamiento disruptivo en su hospital?
None	Cero
More than 10%	Más del 10%
(8) How often does physician disruptive behavior occur at your hospital?	(8) ¿Con qué frecuencia los médicos presentan comportamientos disruptivos en su hospital?
Daily	Diariamente
Weekly	Semanalmente
1–2 Time/Month	1–2 veces al mes
1–5 Times/Year	1–5 veces al año
Never	Nunca
(9) How often does nurse disruptive behavior occur at your hospital?	(9) ¿Con qué frecuencia los enfermeros/as presentan comportamientos disruptivos en su hospital?
Daily	Diariamente
Weekly	Semanalmente
1–2 Time/Month	1–2 veces al mes
1–5 Times/Year	1–5 veces al año
Never	Nunca
(10) On a scale of 1–10 with 10 being the most serious, how serious of an issue is physician disruptive behavior at your hospital?	(10) En una escala del 1–10 siendo 10 los casos más graves, ¿Cómo de graves son los problemas causados por el comportamiento disruptivo de los médicos en su hospital?
Not Serious	Nada graves
Minimally Serious	poco graves
Somewhat Serious	Algo graves
Mostly Serious	Bastante graves
Very Serious	Muy graves
(11) How serious of an issue is nurse disruptive behavior in your hospital?	(11) ¿Cómo de graves son los problemas causados por el comportamiento disruptivo de enfermeros/as en su hospital?
Not Serious	Nada graves
Minimally Serious	Mínimamente graves
Somewhat Serious	Algo graves
Mostly Serious	Bastante graves
Very Serious	Muy graves

Table A1. Cont.

Versión Original	Versión Adaptada y Validada
(12) From your perspective, do you think that disruptive behavior can potentially have a negative effect on patient outcomes?	(12) Desde su punto de vista, ¿Cree que el comportamiento disruptivo puede tener efectos potencialmente negativos en la atención al paciente?
(13) How often do you think disruptive behavior results in the following? (never-rarely-sometimes-frequent-constant)	(13) ¿Con qué frecuencia cree que comportamiento disruptivo influye en los siguientes aspectos? (nunca-en raras veces-algunas veces-frecuentemente-constantemente)
Stress	Estrés
Frustration	Frustración
Loss of concentration	Pérdida de concentración
Reduced team collaboration	Trabajo en equipo reducido
Reduced information transfer	Información transmitida reducida
Reduced communication	Comunicación reducida
Impaired RN-MD relations	Problemas en la relación Enfermera—Médico
(14) How often do you think there is a link between disruptive behavior and the following? (never-rarely-sometimes-frequent-constant)	(14) ¿Con que frecuencia considera que existe una relación entre el comportamiento disruptivo y los siguientes aspectos? (nunca-en raras veces-algunas veces-frecuentemente-constantemente)
Adverse Events	Eventos Adversos
Errors	Errores
Patient safety	Seguridad del paciente
Quality of care	Calidad de la atención
Patient mortality	Mortalidad del paciente
Nurse satisfaction	Satisfacción de los/as enfermeros/as
Physician satisfaction	Satisfacción de los médicos
Patient satisfaction	Satisfacción del paciente
(15) Are you aware of any potential adverse events that could have occurred from disruptive behavior?	(15) ¿Tiene conocimiento de cualquier evento adverso potencial que pudiera haber ocurrido debido un comportamiento disruptivo?
(16) If yes, how serious an impact do you think this could have had on patient outcomes?	(16) Si la respuesta es sí, ¿Cómo de grave hubiera sido el impacto en los pacientes?
Not Serious	Nada grave
Somewhat Serious	Algo grave
Serious	Grave
Very Serious	Muy grave
Extremely Serious	Extremadamente grave
(17) Are you aware of any specific adverse events that did occur as a result of disruptive behavior?	(17) ¿Conoce los eventos adversos que han ocurrido como resultado del comportamiento disruptivo?
(17.1) If yes, please describe:	(17.1) Si la respuesta es sí, por favor descríbalos:
(17.2) Could this have been prevented?	(17.2) ¿Este se podría haber prevenido?
(17.3) If yes, please describe:	(17.3) Si la respuesta es sí, por favor descríbalos:

Table A1. Cont.

Versión Original	Versión Adaptada y Validada
(18) Is there a code of conduct or policy for the handling of disruptive/ abusive behavior at your hospital?	(18) ¿Existe algún protocolo para actuar frente al comportamiento disruptivo en su hospital?
(18.1) If yes, please explain:	(18.1) Si la respuesta es sí, por favor explíquelo:
(18.2) Is the plan effective?	(18.2) ¿El protocolo es efectivo?
(18.3) Please explain:	(18.3) Por favor explíquelo:
(19) If you know of physicians who have been counseled about his or her behavior, on a scale of 1–10 with 10 being completely satisfied, rate the success of this process.	(19) Si conoce médicos que han sido asesorados debido a su comportamiento, en una escala de 1–10 siendo 10 completamente satisfecho, califique el éxito del proceso
Not Satisfied	Nada satisfecho
Minimally Satisfied	Poco satisfecho
Somewhat Satisfied	Algo satisfecho
Mostly Satisfied	Muy Satisfecho
Completely Satisfied	Completamente Satisfecho
(a) If you know of nurses who have been counseled about his or her behavior, on a scale of 1–10 with 10 being completely satisfied, rate the success of this process.	(a) Si conoce enfermeros/as que han sido asesorados/as sobre su comportamiento, en una escala de 1–10 siendo 10 completamente satisfecho, califique el éxito del proceso.
Not Satisfied	Nada satisfecho
Minimally Satisfied	Poco satisfecho
Somewhat Satisfied	Algo satisfecho
Mostly Satisfied	Muy Satisfecho
Completely Satisfied	Completamente Satisfecho
(20) Is there a non-punitive reporting environment for those who witness/experience disruptive behavior?	(20) ¿Existe un servicio de registro para aquellos que presencian/experimentan comportamiento disruptivo?
(21) Are there any barriers or resistance to the reporting of disruptive behavior? (Check all that apply):	(21) ¿Existe alguna barrera u obstáculo para notificar un comportamiento disruptivo? (Seleccione todos los aspectos):
Fear of Retaliation	Miedo a las represalias
Lack of Confidentiality	Falta de confidencialidad
The feeling that “Nothing ever changes”	La sensación de que “nada cambiara nunca”
No feedback of results	No existe respuesta o resultados
Other	Otros
Please explain:	Por favor explíquelos:
Additional Comments (use additional space as necessary)	Comentarios adicionales (utilice el espacio adicional en caso de ser necesario)
Your Title (optional)	Su cargo en el trabajo (opcional)

References

- Rosenstein, A.H. Original Research: Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. *Am. J. Nurs.* **2002**, *102*, 26–34. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Rosenstein, A.H. Managing Disruptive Behaviors in the Health Care Setting: Focus on Obstetrics Services. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **2011**, *204*, 187–192. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Rosenstein, A.H.; O’Daniel, M. Disruptive Behavior and Clinical Outcomes: Perceptions of Nurses and Physicians. *Am. J. Nurs.* **2005**, *105*, 54–64. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Maddineshat, M.; Rosenstein, A.H.; Akaberi, A.; Tabatabaeichehr, M. Disruptive Behaviors in an Emergency Department: The Perspective of Physicians and Nurses. *J. Caring Sci.* **2016**, *5*, 241–249. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Keller, S.; Yule, S.; Zagarese, V.; Henrickson Parker, S. Predictors and Triggers of Incivility within Healthcare Teams: A Systematic Review of the Literature. *BMJ Open* **2020**, *10*, e035471. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

6. The Joint Commission, Sentinel Event Alert Behaviors that Undermine a Culture of Safety. Available online: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-issue-40-behaviors-that-undermine-a-culture-of-safety/> (accessed on 3 September 2022).
7. Dois, A.; Bravo, P.; Contreras, A.; Soto, M.G.; Mora, I. Formación y Competencias Para Los Equipos de Atención Primaria Desde La Mirada de Expertos Chilenos. *Rev. Panam. Salud Pública* **2018**, *42*, e147. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
8. Veltman, L.L. Disruptive Behavior in Obstetrics: A Hidden Threat to Patient Safety. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **2007**, *196*, 587.e1–587.e5; discussion 587.e4–587.e5. [[CrossRef](#)]
9. Rosenstein, A.H.; O’Daniel, M. A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication Defects on Patient Safety. *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* **2008**, *34*, 464–471. [[CrossRef](#)]
10. Rosenstein, A.H.; Naylor, B. Incidence and Impact of Physician and Nurse Disruptive Behaviors in the Emergency Department. *J. Emerg. Med.* **2012**, *43*, 139–148. [[CrossRef](#)]
11. Işık, I.; Gümüşkaya, O.; Şen, S.; Arslan Özkan, H. The Elephant in the Room: Nurses’ Views of Communication Failure and Recommendations for Improvement in Perioperative Care. *AORN J.* **2020**, *111*, e1–e15. [[CrossRef](#)]
12. Moreno-Leal, P.; Leal-Costa, C.; Díaz-Agea, J.L.; Jiménez-Ruiz, I.; Ramos-Morcillo, A.J.; Ruzafa-Martínez, M.; De Souza Oliveira, A.C. Disruptive Behavior at Hospitals and Factors Associated to Safer Care: A Systematic Review. *Healthc. Basel Switz.* **2021**, *10*, 19. [[CrossRef](#)]
13. Elhoseny, T.A.; Adel, A. Disruptive Physician Behaviors and Their Impact on Patient Care in a Health Insurance Hospital in Alexandria, Egypt. *J. Egypt. Public Health Assoc.* **2016**, *91*, 80–85. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
14. Havaei, F.; Astivia, O.L.O.; MacPhee, M. The Impact of Workplace Violence on Medical-Surgical Nurses’ Health Outcome: A Moderated Mediation Model of Work Environment Conditions and Burnout Using Secondary Data. *Int. J. Nurs. Stud.* **2020**, *109*, 103666. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
15. Liu, X.; Wang, L.; Chen, W.; Wu, X. A Cross-Sectional Survey on Workplace Psychological Violence among Operating Room Nurses in Mainland China. *Appl. Nurs. Res.* **2021**, *57*, 151349. [[CrossRef](#)]
16. Villafranca, A.; Hiebert, B.; Hamlin, C.; Young, A.; Parveen, D.; Arora, R.C.; Avidan, M.; Jacobsohn, E. Prevalence and Predictors of Exposure to Disruptive Behaviour in the Operating Room. *Can. J. Anaesth. J. Can. Anesth.* **2019**, *66*, 781–794. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
17. Keller, R.; Krainovich-Miller, B.; Budin, W.; Djukic, M. Predictors of Nurses’ Experience of Verbal Abuse by Nurse Colleagues. *Nurs. Outlook* **2018**, *66*, 190–203. [[CrossRef](#)]
18. Small, C.R.; Porterfield, S.; Gordon, G. Disruptive Behavior within the Workplace. *Appl. Nurs. Res.* **2015**, *28*, 67–71. [[CrossRef](#)]
19. Stecker, M.; Stecker, M.M. Disruptive Staff Interactions: A Serious Source of Inter-Provider Conflict and Stress in Health Care Settings. *Issues Ment. Health Nurs.* **2014**, *35*, 533–541. [[CrossRef](#)]
20. Addison, K.; Luparell, S. Rural Nurses’ Perceptions of Disruptive Behavior and Clinical Outcomes: A Pilot Study. *Online J. Rural Nurs. Health Care* **2014**, *14*, 66–82. [[CrossRef](#)]
21. World Health Organization (WHO). *Process of Translation and Adaptation of Instruments*; World Health Organization (WHO): Geneva, Switzerland, 2007.
22. Beaton, D.E.; Bombardier, C.; Guillemin, F.; Ferraz, M.B. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine* **2000**, *25*, 3186–3191. [[CrossRef](#)]
23. Varela-Ruiz, M.; Díaz-Bravo, L.; García-Durán, R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investig. En Educ. Méd.* **2012**, *1*, 90–95.
24. Hearnshaw, H.M.; Harker, R.M.; Cheater, F.M.; Baker, R.H.; Grimshaw, G.M. Expert Consensus on the Desirable Characteristics of Review Criteria for Improvement of Health Care Quality. *Qual. Health Care QHC* **2001**, *10*, 173–178. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
25. Hall, D.A.; Smith, H.; Heffernan, E.; Fackrell, K. Core Outcome Measures in Tinnitus International Delphi (COMiT’ID) Research Steering Group Recruiting and Retaining Participants in E-Delphi Surveys for Core Outcome Set Development: Evaluating the COMiT’ID Study. *PLoS ONE* **2018**, *13*, e0201378. [[CrossRef](#)]
26. Gobierno de España Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Los Derechos Digitales. BOE.Es-Documento BOE-A-2018-16673. Available online: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673> (accessed on 3 July 2019).
27. Cabero Almenara, J.; BarrosoOsuna, J. La utilización del juicio de expertos para la evaluación de TIC: El Coeficiente de Competencia Experta. *Bordón Rev. Pedagog.* **2013**, *65*, 25–38. [[CrossRef](#)]
28. Polit, D.F.; Beck, C.T. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What’s Being Reported? Critique and Recommendations. *Res. Nurs. Health* **2006**, *29*, 489–497. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
29. Almanasreh, E.; Moles, R.; Chen, T.F. Evaluation of Methods Used for Estimating Content Validity. *Res. Soc. Adm. Pharm. RSAP* **2019**, *15*, 214–221. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
30. Lopes, M.V.; Silva, V.M.; Araujo, T.L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. *Int. J. Nurs. Knowl.* **2012**, *23*, 134–139. [[CrossRef](#)]
31. Altman, D.G. *Practical Statistics for Medical Research*; CRC Press: London, UK, 1990; ISBN 978-0-412-27630-9.
32. Fleiss, J.L. *Design and Analysis of Clinical Experiments*; John Wiley & Sons: New York, NY, USA, 2011; ISBN 978-1-118-03117-9.
33. Lira, M.T.; Caballero, E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: Historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Rev. Méd. Clín. Las Condes* **2020**, *31*, 85–94. [[CrossRef](#)]

34. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From Information to Action*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2005.
35. Blais, R.; Bruno, D.; Bartlett, G.; Tamblyn, R. Can We Use Incident Reports to Detect Hospital Adverse Events? *J. Patient Saf.* **2008**, *4*, 9–12. [[CrossRef](#)]
36. Gould, J. Medicine's Core Values. Profession Should Not Have to Make Decisions Concerning Rationing. *BMJ* **1994**, *309*, 1657. [[CrossRef](#)]
37. Rehder, K.J.; Adair, K.C.; Hadley, A.; McKittrick, K.; Frankel, A.; Leonard, M.; Frankel, T.C.; Sexton, J.B. Associations Between a New Disruptive Behaviors Scale and Teamwork, Patient Safety, Work-Life Balance, Burnout, and Depression. *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* **2020**, *46*, 18–26. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Research Article

Disruptive Behavior and Factors Associated with Patient Safety Climate: A Cross-Sectional Study of Nurses' and Physicians' Perceptions

Pedro Moreno-Leal ¹, César Leal-Costa ², José Luis Díaz-Agea ²,
María de los Ángeles Castaño-Molina ², María Belén Conesa-Ferrer ²,
and Adriana Catarina De Souza-Oliveira ¹

¹Catholic University of Murcia, Faculty of Nursing, 30107 Guadalupe, Murcia, Spain

²University of Murcia, Faculty of Nursing, 30120 El Palmar, Murcia, Spain

Correspondence should be addressed to César Leal-Costa; cleal@um.es

Received 7 February 2024; Revised 27 February 2024; Accepted 7 March 2024; Published 12 March 2024

Academic Editor: Verónica V. Márquez-Hernández

Copyright © 2024 Pedro Moreno-Leal et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Background. Few studies have analyzed the negative outcomes of disruptive behaviors in the nurse-physician relationship in patient care and their impact on patient safety. These multicausal studies significantly relate to organizational, institutional, and professional attitudinal risk factors. **Aim.** Analyze healthcare professionals' perceptions of disruptive behavior and factors associated with patient safety climate in the nurse-physician relationship at the hospital level. **Methods.** A multicenter cross-sectional study was conducted with a sample of 370 nurses and physicians assigned to different public hospitals in the Murcia/Spain region, applying the adapted and validated Spanish version of the Nurse-Physician Relationship Scale: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care. The analysis used proportions or means (standard deviation (SD)), univariate and multivariate linear regression models, and the chi-square test. **Results.** Disruptive behavior was more prevalent in the ICU (81.6%) and the emergency department (67.8%). Professionals indicate that fear of reprisals is the main barrier to the reporting system. Likewise, stress and frustration are more associated with disruptive behavior and influence the safety climate. **Conclusion.** Professionals indicate that disruptive behaviors can have a negative impact on clinical outcomes. Age and type of service were identified as the most relevant socio-occupational factors. Stress, frustration, and communication problems are the factors that most influence the safety climate.

1. Introduction

The healthcare industry is considered one of the most complex sectors in the world, alongside aviation and nuclear energy. Labor relations within healthcare systems are especially noteworthy, as they contribute to an environment that is more susceptible to risks and failures. Furthermore, the likelihood of failures increases with the complexity of a system [1]. Interprofessional relationships between healthcare professionals are crucial in developing strategies to reduce disruptive behaviors and improve patient safety. Before this investigation, we conducted a systematic review to identify disruptive behaviors in nurse-physician

relationships and their impact on patient care [2]. However, we found limited international studies and none conducted within Spain's healthcare domain. This indicates a significant gap in the literature on disruptive behaviors in nurse-physician dynamics. Therefore, further research is necessary to understand healthcare personnel's perceptions of the factors contributing to disruptive behavior and areas that require improvement to prevent such behavior.

There is no consensus on the definition of disruptive behavior and safety climate. Nevertheless, this study aims to contribute to resolving this issue or advancing current knowledge. Concerning disruptive behaviors, we define them as actions that impede interpersonal communication,

strain work relationships, and hinder the sharing of crucial information among professionals, thereby directly impacting the quality of the care process [3, 4]. According to the patient safety culture [5], disruptive behaviors can lead to errors in the care process. Our study defines safety climate as how organizational factors influence the safety culture perceived by professionals and institutions [6, 7]. Specifically, patient safety culture is a strategic focal point to encourage healthcare professionals to adopt attitudes and behaviors that encourage patient safety [8]. Moreover, it fosters a nonpunitive environment in which individuals at all levels of an institution or organization (including caregivers, managers, and administrators) pledge to improve patient safety by promoting error reporting as a source of learning rather than blame [9, 10]. Cooper et al. stress the significance of fostering an organizational culture that esteems professionals, caregivers, managers, and administrators who adeptly navigate ethical conflicts impacting the quality of the care process. This culture encompasses effective communication (encompassing behavior management, staff safety status, and attitudes) and procedures (encompassing participation in decision-making, adherence to protocols, and task allocation) [11]. The perception of an unfavorable environment can lead to behaviors associated with horizontal violence, which negatively impacts patient safety [5]. On the other hand, creating a safe environment that promotes an improved safety climate can positively influence professionals' perceptions of workplace safety, leading to more favorable attitudes and behaviors toward patient safety. Research indicates a notable reduction (76%) in adverse event rates associated with such improvements [9, 12].

Many factors that cause disruptive behaviors are closely related to patient safety culture, particularly communication and teamwork. These factors significantly influence compliance with safe work practices [13] and healthcare professionals' perception of a safe environment [14]. Disruptive behaviors may be linked to low job satisfaction due to poor work relationships and co-worker communication [15]. Organizational risk factors at work [16], which include various aspects such as strategies, behavior, and attitudes adopted by healthcare centers to improve the safety environment, can influence professionals' perceptions. The attitudes and approaches of institutional managers and professional burnout can significantly affect emergency nurses' satisfaction and quality of work life.

For a long time, healthcare professionals and institutions did not openly acknowledge disruptive behaviors or measure their impact. In 2001 and 2002, the American Association of Critical Care Nurses (AACN) recognized the need to address the working relationships between nurses and management physicians. They emphasized the importance of establishing a reporting system for disruptive behaviors in healthcare facilities. They stated that such behaviors could not be ignored because they disrupt the workplace and can lead to unpleasant incidents and possible workplace accidents [17, 18]. In 2005, disruptive behaviors were observed to affect patient care and attention [19, 20]. In 2004, the Institute for Safe Medication Practices highlighted potential

risks to patient safety due to the approach to medications. They stated that the disruptive behavior of some physicians inhibits nurses from asking questions or providing information about the use of drugs. This behavior is labeled "dangerous silence" and can be interpreted as abusive behavior by some physicians that prevents nurses from answering questions or seeking clarification [21]. In 2008, Rosenstein et al. [22] found that healthcare professionals identified disruptive behaviors as a cause of adverse events that disrupt the chain of patient safety. In 2012, the same author emphasized the connection between disruptive behavior and patient safety. The study revealed that nearly 33% of physicians and nurses believed that these behaviors could lead to adverse events, and, more alarmingly, 12.3% of them were associated with an increased risk of patient mortality [23].

Disruptive behaviors generate vertical workplace violence and are considered a public health problem with global repercussions, affecting the entire healthcare system in its multiple spheres and levels [24]. As part of its healthcare quality accreditation process for healthcare institutions, the Joint Commission has made it mandatory for institutions to implement policies that address disruptive behavior. These policies should be based on human capital prepared to handle the complexity of the healthcare environment. The aim is to prevent and control factors associated with disruptive behavior while ensuring patients' safety and protecting healthcare professionals' occupational health (physical, mental, and emotional) [25]. This study aims to analyze healthcare professionals' perceptions of disruptive behavior and factors associated with patient safety climate in the nurse-physician relationship at the hospital level.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design. A multicenter cross-sectional study was conducted to assess the perceptions of healthcare professionals at the hospital level about disruptive behaviors and factors associated with the patient's safety environment. The research was conducted at the hospital level within the network of public hospitals in the Murcia region. This region encompasses nine referral hospitals, each corresponding to one of the nine Health Area Managements of the Murcian Health Service. Specifically, this study was conducted in five of the nine referral hospitals.

2.2. Participants. The sample consisted of nurses (direct care), administrative nurses (indirect care/management), physicians (direct care/management), and administrative physicians (indirect care/management) assigned to different clinical and surgical services.

The study included all physicians and nurses working in public hospitals in the Murcia region, Spain, who met the following criteria: (a) had a contractual relationship (permanent/interim) with any of the hospital services, (b) had worked for more than a year in the service/unit and job position, (c) were Spanish or naturalized citizens and belonged to different work shifts, and (d) agreed to

participate in the study. We excluded professionals with temporary contracts or on standby (holidays or temporary leave) because these contracts were subject to short periods in the same department/unit/plant and high staff turnover, which could bias the perception of the safety climate and work relationships.

The professionals were identified based on the hospital's human resources lists.

2.3. Procedure. During the study period, from January to July 20, 2022, a researcher was responsible for providing and collecting evaluation instruments. The researcher personally delivered each instrument to participants and explained the importance of their participation in the study. No personal data were included in the instrument to ensure anonymity and confidentiality. Participants were instructed to complete the scales and group them by units/services. The completed scales were collected and sealed in an envelope. In April 2022, a reminder intervention was conducted to increase the response rate.

2.4. Measurements. The instrument used was the Spanish version of the original "Survey on the nurse-physician relationship: The impact of disruptive behavior on patient care" [25]. This scale was cross-culturally adapted and validated for use at the hospital care level in Spain. [26]. In this study, the scale obtained a Relevance Index (RI) of 0.89 and a Pertinence Index (PI) of 0.94. The RI and PI values were both below 8, which was considered acceptable for each item and for the scale as a whole. Most of the items in the scale showed a moderate to almost perfect level of concordance between responses (16 items). The Intraclass Correlation Coefficient (ICC) values for these items were equal to or greater than 0.75, indicating excellent reproducibility. Additionally, all items in the scale showed a general agreement index of 100%. The scale is made up of 21 items. In the first part of the scale, the socio-occupational variables are presented: age, sex, service, and position (nurse and clinician or administrative physician). The latter was identified as nurse and clinician, which defines professionals who spend 50% or more of their working day in clinical tasks/direct patient care, and nurse and administrative/managerial physician, which represents professionals who spend 50% or more of their working day in administrative tasks/indirect management. Items 1 to 9 assess the perception of the environment, specifically the safety climate, in the relationship between nurses and physicians, addressing the presence and frequency of disruptive behaviors in different services and specialties. However, items 10 to 17 focuses on assessing the perception of the impact of disruptive behaviors on patient safety, considering various psychosocial aspects, adverse events, and dimensions such as communication and information. Items 18 to 21 focus on assessing the reporting system for disruptive behaviors and barriers that may hinder its effectiveness (Supplementary Table S1). This scale provides a comprehensive measure of the perception of disruptive behaviors in the relationship between physicians and nurses and their impact on patient care.

2.5. Data Analysis. Each item on the scale was used as a variable to assess healthcare professionals' experiences of disruptive behavior in the physician-nurse relationship and its impact on patient care. No missing data was present as we discarded incomplete questionnaires. This upheld data integrity for accurate analysis.

Proportions or means (standard deviation (SD)) were used to describe the participants' characteristics and the questionnaire's items. Univariate and multivariate linear regression models were used to analyze the perception of the environment of the physician-nurse relationship and the severity of problems caused by disruptive behavior. The chi-square test was used to compare the proportion of physicians and nurses who had witnessed disruptive behavior. We also used this test to examine the frequency with which physicians and nurses believe disruptive behavior negatively affects the team and patients. P values <0.05 were considered significant. All analyses were performed using SPSS software version 22.0 (IBM, Armonk, NY, USA).

2.6. Ethical Considerations. Approval was obtained from the Ethics Committee of the Catholic University of Murcia (Code No. CE041825) and from all participating hospitals to conduct the study. Furthermore, confidentiality and data protection are guaranteed by Organic Law 3/2018, of 5 December, on the Protection of Personal Data and the Guarantee of Digital Rights [27].

The Materials and Methods section should contain sufficient detail to repeat all procedures. It may be divided into headings if several methods are described.

3. Results

Of the 500 nursing and medical professionals from public hospitals in the Murcia region invited to participate in this study, 370 responded to the scale/instrument (74%). Most of the sample consisted of men (53%) between 20 and 29 years old (42.7%). 41.1% belonged to the emergency department. Regarding position/category, there were few differences in the frequency of participation, except for the low participation of administrative physicians (indirect assistance/management) (18.4%) in the other categories (Table 1).

The average perception of the nurse-physician relationship environment among the 370 participants was 8.05 (SD = 1.59).

Table 2 details the mean values for each variable studied and the results of the univariate and multivariate linear regression analyzes that identify the sociodemographic and occupational determinants of the environment of the nurse-physician relationship. The findings revealed a statistically significant association between the variable age range 30–49 years, both in the univariate (0.487, $p < 0.05$) and multivariate (0.566, $p < 0.05$) models, compared to the reference group (20–29 years). A significant association was also found with the administrative group (indirect care/management) of physicians in the univariate (0.975, $p < 0.05$) and multivariate (0.625, $p < 0.05$) models compared to physicians (direct care). The intensive care unit

TABLE 1: Characteristics of the participants.

Variables	<i>n</i> (%)
<i>Sex</i>	
Woman	174 (47.0)
Men	196 (53.0)
<i>Age</i>	
20–29 years	158 (42.7)
30–49 years	121 (32.7)
>50 years	91 (24.6)
<i>Job position</i>	
Physician (clinical)	97 (26.2)
Physician (administrative)	68 (18.4)
Nurse (clinical)	101 (27.3)
Nurse (administrative)	104 (28.1)
<i>Unit</i>	
Emergency department	152 (41.1)
Intensive care unit (ICU)	137 (37.0)
Surgery	81 (21.9)

(ICU) (univariate -0.453 , $p < 0.05$; multivariate -0.505 , $p < 0.05$) and surgery (univariate -1.090 , $p < 0.001$; multivariate -1.078 , $p < 0.001$) also showed significant associations compared to the emergency department. Nagelkerke's square R indicated that the independent variables used in the multivariate linear regression model explained 11.5% of the variance of the dependent variable.

According to the perception of nurses and physicians ($n = 370$), a higher prevalence of disruptive behaviors was observed in specific areas, the most affected being the intensive care unit (ICU) with 81.6% ($n = 302$), followed by the emergency department with 67.8% ($n = 251$) and general medicine with 58.6% ($n = 217$). Regarding the frequency of such behaviors according to specialty, respondents reported a higher incidence in general surgery with 83.0% ($n = 307$), followed by obstetric/gynecology with 45.9% ($n = 170$), and cardiology with 40.8% ($n = 151$). On the other hand, the specialty with the lowest frequency of disruptive behavior was anesthesia, with 13.2% ($n = 49$) of affirmative responses.

Table 3 shows that physicians (clinical) (87.6%) and administration/management nurses (81.2%) were the most frequent witnesses of disruptive behavior by a physician. When asked, have you ever witnessed disruptive behavior by a nurse at your hospital? A positive response from clinicians was observed (96.6%). Furthermore, compared to nurses, a significant difference was found and nurse clinicians (76.9%, $p < 0.001$) reporting more disruptive behavior from another nurse clinician.

In the multivariate model, the perception of the severity of disruptive behavior problems was primarily influenced by age and the care service. Table 4 shows that physicians and nurses in the age range between 30 and 49 years and those older than 50 years have a more marked perception compared to other age groups. Furthermore, the surgical service showed a significant influence on this perception in both professional categories, with coefficients of 0.911 ($p < 0.001$) for physicians and 0.674 ($p < 0.001$) for nurses.

When analyzing the impact of the results of disruptive behaviors in the nurse-physician relationship on the patient

safety climate, the following factors were identified: stress and frustration (219, 59.2%), loss of concentration (207, 55.9%), reduced teamwork (161, 43.5%), reduced information sharing (214, 57.8%), reduced communication (269, 80.0%), and problems in the nurse-physician relationship (256, 69.2%). When analyzing the differences between physicians and nurses in these factors, it was found that loss of concentration, reduction in transmitted information, and problems in the nurse-physician relationship have a significant implication ($p < 0.001$) on the patient's safety environment according to nurses compared to physicians (see Table 5).

When asked about the relationship of disruptive behavior with aspects or indicators related to patient safety, the following percentages were identified: adverse events (25.4%), patient safety errors (13.0%), quality of care (20.8%), patient mortality (14.9%), nurse satisfaction (33.2%), physician satisfaction (43.2%), and patient satisfaction (39.2%). When analyzing the differences between physicians and nurses, it was found that physicians have a significantly more negative perception of quality of care ($p < 0.001$) and patient mortality ($p < 0.001$) than nurses.

Most professionals, 83.8% ($n = 310$), indicated that they were aware of a possible adverse event that could have occurred as a result of disruptive behavior. Furthermore, 29.0% ($n = 90$) stated that such events could be severe. Some 47.3% ($n = 175$) indicated that they were aware of the following adverse events that had occurred as a result of disruptive behavior: lack of information (8.6%), delays in care (28.0%), misunderstandings between staff (26.9%), and misinformation provided to relatives (36.6%).

Four questions were asked about the system to prevent and report patient safety incidents. When asked whether incidents could have been prevented, 94.9% ($n = 166$) answered yes. Regarding the conduct procedure, 99.7% ($n = 369$) indicated that a code of conduct or protocol is in place to address disruptive behavior in their hospital. Of these, 27.8% ($n = 103$) stated that a protocol was followed, while 71.9% ($n = 266$) mentioned a code of conduct. Virtually all professionals (99.7%) stated that a nonpunitive recording system was in place for those who witnessed or experienced disruptive behavior. In terms of barriers or obstacles to reporting disruptive behavior, practitioners noted fear of reprisals (82.4%), lack of confidentiality (19.7%), feeling that nothing would change (31.6%), and no response or outcome (10.0%).

4. Discussion

Overall, professionals assessed the nurse-physician relationship environment positively, though disruptive behaviors were noted in clinical practice, potentially impacting safety climate and clinical outcomes. Age and service type emerged as key variables affecting perceptions of disruptive behavior impact. Stress, communication barriers, and nurse-physician relationship issues were linked to disruptive behavior. Nurses reported more negatively affected concentration and information transmission. Due to disruptive behavior, physicians perceived lower care quality, safety, and

TABLE 2: Univariate and multivariate analysis of the perception of the environment of the nurse-physician relationship.

Variables	Mean (SD)	Univariate B coefficient (SE)	Multivariate B coefficient (SE)
<i>Sex</i>			
Woman	7.91 (1.56)	Reference	
Men	8.18 (1.61)	0.265 (0.166)	
<i>Age</i>			
20–29 years	7.84 (2.03)	Reference	
30–49 years	8.32 (1.29)	0.487 (0.191)*	0.566 (0.171)*
>50 years	8.08 (1.00)	0.241 (0.208)	
<i>Job position</i>			
Physician (clinical)	7.70 (1.67)	Reference	
Physician (administrative)	8.68 (1.55)	0.975 (0.248)*	0.625 (0.206)*
Nurse (clinical)	8.03 (1.49)	0.329 (0.223)	
Nurse (administrative)	8.00 (1.53)	0.299 (0.221)	
<i>Unit</i>			
Emergency department	8.46 (1.71)	Reference	
Intensive care unit (ICU)	8.01 (1.08)	–0.453 (0.182)*	–0.505 (0.183)*
Surgery	7.37 (1.82)	–1.090 (0.212)**	–1.078 (0.212)**

Nagelkerke *R* Square: 0.115. * $p < 0.05$; ** $p < 0.001$.

TABLE 3: Frequency of witnessing disruptive behavior.

Job position	Have you ever witnessed disruptive behavior from a physician in your hospital?	
	Yes	No
Physician (clinical)	85 (87.6)	12 (12.4)
Physician (administrative)	53 (77.9)	15 (22.1)
<i>p</i> value	0.098	
Nurse (administrative)	82 (81.2)	19 (18.8)
Nurse (clinical)	77 (74.0)	27 (26.0)
<i>p</i> value	0.220	
Job position	Have you ever witnessed disruptive behavior from a nurse in your hospital?	
	Yes	No
Physician (clinical)	94 (96.9)	3 (3.1)
Physician (administrative)	63 (92.6)	5 (7.4)
<i>p</i> value	0.210	
Nurse (administrative)	55 (54.5)	46 (45.5)
Nurse (clinical)	80 (76.9)	24 (23.1)
<i>p</i> value	<0.001	

higher mortality rates. Such behaviors also diminished satisfaction among patients, physicians, and nurses. Professionals recognized patient safety incidents associated with disruptive behaviors but did not understand safety incident taxonomy. A cultural perception hindered trust in reporting systems for learning and improvement, indicating a need for cultural change as a priority in improvement strategies.

Although disruptive behaviors are not uncommon [28, 29] and should be of concern for healthcare institutions to improve patient safety and foster a working environment conducive to positive outcomes [7, 30], few studies have been published on this problem in the healthcare setting. This is the first study in Spain, to our knowledge, that explicitly addresses disruptive behaviors in the healthcare setting. The first published studies correspond to Rosenstein

et al., the authors of the instrument used in our research. In 2002, they analyzed 1,200 questionnaires on the United States West Coast [25]; in 2005, there were 244 participants [31].

In recent years, studies like ours have obtained a lower response rate than ours (74%). For example, a study in Singapore had a response rate of almost 40% (39.9%), and most of the respondents were physicians (64.2%) [32]. This contrasts with our results. In the context of Iranian healthcare care, we found two relevant studies. One of them, carried out in health centers affiliated with the University of Isfahan, involved 248 professionals, most of them nurses [33]. The other study was carried out in four emergency departments, with 45 physicians and 110 nurses responding [34]. Considering cultural and social differences, the professionals participating in our study may have a greater postpandemic awareness, leading them to participate in studies to improve the psychosocial aspects associated with the care process.

According to our 10-point maximum rating scale, our professionals reveal a moderate-high degree (with an average of 8.05 points). Being between 30 and 49 years old and working in the surgery and ICU departments are the sociodemographic and occupational factors most influencing this perception. Regarding age, these results were expected, as it is likely that, with increasing age, professionals acquire more experience and a more critical view of their working environment, identifying aspects that may go unnoticed by their younger colleagues.

Regarding the type of service, several studies have found that emergency and operating room areas are the most significant in the manifestation of disruptive behavior [22, 23, 25, 33, 35]. These two environments are high-stress environments characterized by high communication flow and remarkable concentration. Surprisingly, our findings, in agreement with those of Rosenstein and O'Daniel [35], indicate that the emergency department is not significant in

TABLE 4: Perception of the severity of problems caused by disruptive behavior.

Variables	Physicians	Model 1	Model 2	Nurses	Model 3	Model 4
<i>Sex</i>						
M	2.83 (1.77)	Reference		2.37 (1.27)	Reference	
W	2.47 (1.44)	-0.353 (0.168)*	-0.377 (0.156)*	2.13 (1.10)	-0.246 (0.124)*	
<i>Age (years)</i>						
20–29	3.02 (1.90)	Reference		2.28 (1.24)	Reference	
30–49	1.97 (1.26)	-1.052 (0.187)**	-1.073 (0.166)**	1.93 (1.17)	-0.359 (0.141)*	-0.343 (0.138)*
>50	2.88 (1.14)	-0.140 (0.204)		2.59 (1.02)	0.309 (0.154)*	0.433 (0.152)*
<i>Job position</i>						
Phys. (C)	3.22 (1.99)	Reference		2.37 (1.35)	Reference	
Phys. (A)	2.75 (1.77)	-0.466 (0.249)		2.32 (1.20)	-0.048 (0.187)	
Nurse (A)	2.35 (1.15)	-0.870 (0.224)**		2.38 (1.07)	0.005 (0.168)	
Nurse (C)	2.32 (1.33)	-0.899 (0.223)**		1.94 (1.09)	-0.429 (0.167)*	
<i>Servicio</i>						
ED	2.28 (0.97)	Reference		2.13 (1.01)	Reference	
ICU	2.63 (1.64)	0.345 (0.185)		2.11 (1.21)	-0.016 (0.138)	
Surgery	3.33 (2.22)	1.050 (0.216)**	0.911 (0.188)**	2.69 (1.36)	0.566 (0.161)**	0.674 (0.146)**

Data are presented as the coefficient b (standard error). Model 1: Univariate model of disruptive behavior of physicians; Model 2: Multivariate model of disruptive behavior of physicians; Model 3: Univariate model of disruptive behavior of nurses; Model 4: Multivariate model of disruptive behavior of nurses. Nagelkerke *R* square: Model 2 = 0.157; Model 4 = 0.098. **p* < 0.05; ***p* < 0.001.

TABLE 5: How often do you think disruptive behavior results in the following? Difference between physicians and nurses.

Impacts	Physicians	Nurses	<i>p</i> value
<i>Stress and frustration</i>			
No	77 (52.3)	72 (47.7)	0.013
Yes	86 (39.3)	133 (60.7)	
<i>Loss of concentration</i>			
No	89 (54.6)	74 (45.4)	<0.001
Yes	76 (36.7)	131 (63.3)	
<i>Reduced teamwork</i>			
No	82 (39.2)	127 (60.8)	0.018
Yes	83 (51.6)	78 (48.4)	
<i>Reduced information transmission</i>			
No	107 (69.0)	48 (31)	<0.001
Yes	58 (27.1)	156 (72.9)	
<i>Reduced communication</i>			
No	36 (48.6)	38 (51.4)	0.433
Yes	129 (43.6)	167 (56.4)	
<i>Nurse-physician relationship problems</i>			
No	66 (57.9)	48 (42.1)	<0.001
Yes	99 (38.7)	157 (61.3)	

overall perception; on the contrary, the intensive care unit (ICU) and the operating theatre are. The Nagelkerke *R* square coefficient of determination value of 11.5% highlights the importance of interpreting this result with caution and assessing the linear relationship with other socio-occupational variables in future research.

In terms of the type of department and specialty, there are different perceptions. When asked about the prevalence of disruptive behaviors by department type, the emergency department and the ICU are the most relevant in our study. However, in terms of specialty, they are more frequent in general surgery, which coincides with the study by Saghaei et al. [33]. This reflects that these services have a context characterized by high demand and a high level of technology

where life and death are separated by an instant or an error in care. It is understood that these characteristics can contribute to the perception of disruptive behaviors in these environments.

Our results reveal a significant discrepancy with the existing literature on the observation of disruptive behaviors. Previous research has indicated that clinicians and nurse clinicians frequently witness such behaviors in their work environments, primarily by clinicians. However, in our study, clinicians reported seeing disruptive behavior from other physicians and nurses with greater frequency than that reported by nurses, in line with the results of Lim et al. This finding is remarkable and contradicts the prevailing conception, suggesting that direct care nurses, who work in

contexts characterized by hierarchies, manifestations of authority, and negotiation of responsibilities, especially in emergency and operating rooms, are more susceptible to abusive behaviors from physicians.

Both older physicians and nurses show a higher perception of the severity associated with disruptive behaviors, with significant negative implications in the context of the surgical service. This phenomenon suggests that these factors are relevant in the professional assessment of the seriousness of disruptive behaviors. This finding indicates that more experienced practitioners may be more willing to express their views on disruptive behaviors' possible complications and effects.

According to the perspective of professionals and according to the existing literature, the main factors linked to disruptive behaviors that impact the safety climate include stress and frustration [32–39], poor communication [32], and problems in the nurse-physician relationship [33]. However, nurses report a more negative perception of lost concentration and reduced information transmission than their medical colleagues. This insight underscores the importance of communication and information for safer care [40, 41]. Professionals recognize the relevance of all aspects of communication for continuity of care and to promote a positive working relationship between nurses and physicians [42]. Both healthcare bodies and international organizations recognize that deficiencies in patient information transmission can cause substantial safety problems [42, 43]. Effective communication is a global goal to improve patient safety [44], as reflected in Strategic Objective 6: Information, research, and risk management of the World Patient Safety Action Plan 2021–2030 [45]. According to Astier-Peña et al. [46], this goal aims to ensure a better flow of information and knowledge to promote risk management and ensure more respectful care at all levels of care.

Regarding the undesirable clinical outcomes associated with disruptive behaviors, professionals point out that these directly impact the satisfaction levels of patients and professionals themselves, according to previous research [32–34, 47]. There is also evidence of their relationship with adverse events in clinical practice. Given the consequences and impact of disruptive behaviors, these results were predictable. The degree of satisfaction is not always determined solely by the structure or level of knowledge; it can be related to a culture of attitudes and behaviors that have a negative impact on working relationships [48, 49], compromising the safety climate, weakening teamwork, and affecting job satisfaction. Furthermore, our findings highlight that physicians are the ones who most strongly perceive the relationship between disruptive behaviors and poor quality of care and patient mortality, in agreement with another research [32, 34]. However, these cause-effect results must be assessed with caution, as other factors that have not been studied or may be intrinsically or hidden in negative behaviors and attitudes can be involved, which can be detrimental to the care process.

Although unwanted events due to disruptive behavior were not unexpected, as identified in other studies [20, 22, 25, 32, 34, 41, 45], we were surprised by the high

percentage observed in the investigated context. Professionals reported adverse events such as “misinformation to relatives,” “delay in care,” and “misunderstandings between staff.” We recognize that disruptive behaviors affect the safety climate and can have severe consequences on the job, compromising the nurse-physician relationship and creating obstacles to improving the quality of care. However, when examined from the perspective of the taxonomy of safety incidents proposed by the Heinrich Pyramid, we observe that, rather than events, they constitute patient safety incidents with the potential to cause patient harm [50]. These incidents are classified as near misses, indicating the possibility of having caused harm to the patient [50], and physicians indicated that these risk circumstances for patient safety could have been avoided. Furthermore, they noted clear guidelines in their centers on addressing disruptive behaviors, through protocols or codes of conduct. We believe that this aspect is relevant and should be integrated into the healthcare management strategies of each center and institution.

In examining the question related to the reporting system for disruptive behaviors witnessed or experienced, almost all practitioners indicated that it was a nonpunitive system. However, a significant proportion of them expressed that fear of reprisals was a major concern, acting as a substantial barrier to reporting such behavior. Furthermore, they reported a perceived lack of feedback or positive response as a consequence of the report. They noted that there was no change in practice, findings that are consistent with previous research [31, 33, 34, 47]. Against this backdrop, several questions arise. Is there truly a nonpunitive system, or does fear persist among professionals to speak openly and honestly about the reporting system? Do professionals understand the inherent meaning and function of a reporting system? Have health institutions succeeded in effectively implementing a reporting system? These questions raise fundamental questions about the culture of patient safety. Despite more than two decades since the publication of the report *To Err Is Human* [51], it remains imperative to address these issues to drive continuous improvement in quality and safety in healthcare. The foundation of all healthcare systems is an awakening towards improving patient safety, evidenced by joint efforts and focused attention on this crucial aspect. Despite two decades since the National Quality Forum's recommendation to implement safety culture as the first of its “30 safe practices,” there is still a way to go towards fully realizing this goal [52]. From our perspective, the “tip of the iceberg” represents only a visible fraction of a broader set of factors influencing or determining safe practice. We recognize that visible and invisible aspects intrinsically relate to patient safety culture. This culture, characterized by its nonpunitive nature and its focus on learning from mistakes, is a fundamental element in promoting safety and improving the quality of care [8].

This study is not without limitations. First, the sample used. Our study focused on five hospitals of the 9 Health Departments of Murcia Healthcare, Spain. This selection can restrict the interpretation of the results, as it is described as a global perception of professionals only in hospitals in

a specific region of Spain. Although it was not our main objective, it is important to note that including other professional categories could enrich the understanding of the general importance of disruptive behaviors. This aspect should be addressed in future studies. It is essential to remember that the subjects in our study represent only a sample of the total population, which also implies certain limitations regarding the generalizability of the findings.

The second aspect refers to the “Nurse Physician Relationship Survey: Impact of Disruptive Behavior on Patient Care.” Although the results of the previous study of adaptation and validation [24] in Spanish were satisfactory, certain important aspects must be considered. Not many questionnaires or scales have been found that specifically address disruptive behavior in the hospital setting. Although this scale covers all the issues relevant to our research objectives, few studies are available to compare the results obtained. In the Spanish context, none have been identified to date. More research is needed to assess the perception of disruptive behaviors in the hospital setting and their impact on patient safety using this national and international instrument to establish meaningful comparisons between different countries.

Finally, another study limitation is the lack of consideration for potential confounding variables. While efforts were made to control for known factors, variables beyond the scope of this research could influence outcomes. Future studies should address these variables to provide a more comprehensive understanding of the phenomena under investigation.

5. Conclusions

Professionals have assessed that the nurse-physician relationship environment is relatively good overall. However, disruptive behaviors have been observed in clinical practice, which can have a negative impact on the safety climate and clinical outcomes.

Age and type of service were the most relevant socio-occupational variables for the perception of the impact of disruptive behavior in the nurse-physician relationship. The factors most associated with disruptive behavior and influencing the safety environment included stress and frustration, reduced communication, and problems in the nurse-physician relationship. Nurses expressed significantly more negative perceptions of losing concentration and reducing information transmission.

Regarding the impact of disruptive behaviors on the nurse-physician relationship and clinical outcomes, physicians have a more unfavorable perception of quality of care, patient safety, and even mortality rate. In addition, disruptive behaviors negatively influence patient, physician, and nurse satisfaction.

We have observed that professionals do not yet understand the taxonomy of patient safety incidents, but they have a relatively high perception of incidents associated with disruptive behaviors. In addition, a cultural perception persists that generates fear and “low credibility” with respect to the reporting system as a tool for learning and

improvement. Changing culture is not an easy challenge, but it significantly impacts other countries and remains a priority in improvement strategies.

Data Availability

The data used to support the study are available from the corresponding author upon request.

Conflicts of Interest

The authors declared that there are no conflicts of interest with respect to the publication of this paper.

Acknowledgments

We want to thank all the nurses who uninterestingly participated in this research study and the institutions that have shared this research study among its members.

Supplementary Materials

Table S1: original and cross-culturally adapted and validated in a Spanish context of the instrument “Survey on the nurse-physician relationship: The impact of disruptive behavior on patient care.” (*Supplementary Materials*)

References

- [1] J. Reason, *The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries*, CRC Press, London, UK, 2017.
- [2] P. Moreno-Leal, C. Leal-Costa, J. L. Díaz-Agea et al., “Disruptive behavior at hospitals and factors associated to safer care: a systematic review,” *Healthcare*, vol. 10, no. 1, pp. 19–28, 2021.
- [3] R. M. Oliveira, L. M. S. D. Silva, M. V. C. Guedes, A. C. D. S. Oliveira, R. G. Sánchez, and R. A. M. Torres, “Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review,” *USP Nursing School Magazine*, vol. 50, no. 4, pp. 695–704, 2016.
- [4] K. R. Simpson, “Disruptive behavior in the clinical setting: implications for patient safety,” *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, vol. 42, no. 3, pp. 188–215, 2017.
- [5] Joint Commission, “Behaviors that undermine a culture of safety,” *The Joint Commission Sentinel Event Alert*, vol. 40, pp. 10–13, 2008.
- [6] F. W. Guldenmund, “The nature of safety culture: a review of theory and research,” *Safety Science*, vol. 34, no. 1–3, pp. 215–257, 2000.
- [7] D. Zohar, “Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications,” *Journal of Applied Psychology*, vol. 65, no. 1, pp. 96–102, 1980.
- [8] J. Sorra and V. Nieva, *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, USA, 2004.
- [9] C. Rocco and A. Garrido, “Seguridad del paciente y cultura de seguridad,” *Las Condes Clinic Medical Magazine*, vol. 28, no. 5, pp. 785–798, 2017.
- [10] WHO, “The conceptual framework for the international classification for patient safety,” 2009, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>.
- [11] R. W. Cooper, G. L. Frank, M. M. Hansen, and C. A. Gouty, “Key ethical issues encountered in healthcare organizations:

- the perceptions of staff nurses and nurse leaders," *The Journal of Nursing Administration: The Journal of Nursing Administration*, vol. 34, no. 3, pp. 149–156, 2004.
- [12] M. Vikan, A. S. Haugen, A. K. Bjørnnes, B. T. Valeberg, E. C. Deilkås, and S. O. Danielsen, "The association between patient safety culture and adverse events – a scoping review," *BMC Health Services Research*, vol. 23, no. 1, pp. 300–315, 2023.
 - [13] S. E. Lee, L. D. Scott, V. S. Dahinten, C. Vincent, K. D. Lopez, and C. Park, "Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review," *Western Journal of Nursing Research*, vol. 41, no. 2, pp. 279–304, 2019.
 - [14] J. Kosydar-Bochenek, S. Krupa, D. Religa et al., "The perception of the patient safety climate by health professionals during the COVID-19 pandemic—international research," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, no. 15, pp. 9712–9719, 2022.
 - [15] C. Purpora, A. Cooper, C. Sharifi, and M. Lieggi, "Workplace bullying and risk of burnout in nurses: a systematic review protocol," *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, vol. 17, no. 12, pp. 2532–2540, 2019.
 - [16] J. Vatani, M. Arami, Z. Khanikosarkhizi et al., "Safety climate and related factors in rehabilitation nurses of hospitals in Iran," *Work*, vol. 68, no. 1, pp. 189–196, 2021.
 - [17] A. M. Association, "E-9.045 Physicians with disruptive behavior," 2002, <https://assets.ama-assn.org/resources/images/omss/cejae-9.045.pdf>.
 - [18] J. H. Barnsteiner, C. Madigan, and T. L. Spray, "Instituting a disruptive conduct policy for medical staff," *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute and Critical Care*, vol. 12, no. 3, pp. 378–382, 2001.
 - [19] American Association of Critical-Care Nurses, "American association of critical-care nurses – aacn2," 2023, <https://www.aacn.org/>.
 - [20] S. Khaleghi, A. S. Moghaddam, Y. Moradi et al., "Is nurses' job satisfaction related to occupational health and safety management?" *Iranian Journal of Public Health*, vol. 50, no. 8, pp. 1738–1739, 2021.
 - [21] Institute for Safe Medication Practices, "Intimidation: practitioners speak up about this unresolved problem (Part I)," 2004, <https://www.ismp.org/resources/intimidation-practitioners-speak-about-unresolved-problem-part-i>.
 - [22] A. H. Rosenstein, "Managing disruptive behaviors in the health care setting: focus on obstetrics services," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 204, no. 3, pp. 187–192, 2011.
 - [23] A. H. Rosenstein and B. Naylor, "Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department," *Journal of Emergency Medicine*, vol. 43, no. 1, pp. 139–148, 2012.
 - [24] S. Lanthier, A. Bielecky, and P. M. Smith, "Examining risk of workplace violence in Canada: a sex/gender-based analysis," *Annals of Work Exposures and Health*, vol. 62, no. 8, pp. 1012–1020, 2018.
 - [25] A. H. Rosenstein, "Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention," *AJN, American Journal of Nursing*, vol. 102, no. 6, pp. 26–34, 2002.
 - [26] P. Moreno-Leal, C. Leal-Costa, J. Diaz-Agea, I. Jiménez-Ruiz, M. Suarez-Cortés, and A. C. De Souza Oliveira, "Cross-cultural adaptation of the instrument nurse-physician relationship Survey: impact of disruptive behavior in patient care to the Spanish context," *Healthcare*, vol. 10, no. 10, pp. 1834–1915, 2022.
 - [27] Jefatura del Estado, "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales," 2018, <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>.
 - [28] D. Gerardi, "The emerging culture of health care: improving end-of-life care through collaboration and conflict engagement among health care professionals," *Ohio State Journal on Dispute Resolution*, vol. 1, no. 23, pp. 105–142, 2007.
 - [29] B. Avtar Singh, "Disruptive behaviour amongst doctors, myth or reality?" *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, vol. 2, no. 3, pp. 399–407, 2014.
 - [30] M. G. Katz, W. Y. Rockne, R. Braga, S. McKellar, and A. Cochran, "An improved patient safety reporting system increases reports of disruptive behavior in the perioperative setting," *The American Journal of Surgery*, vol. 219, no. 1, pp. 21–26, 2020.
 - [31] A. H. Rosenstein and M. O'Daniel, "Original Research: disruptive Behavior and Clinical Outcomes: perceptions of Nurses and Physicians: nurses, physicians, and administrators say that clinicians' disruptive behavior has negative effects on clinical outcomes," *AJN, American Journal of Nursing*, vol. 105, no. 1, pp. 54–64, 2005.
 - [32] S. Lim, E. Y. Goh, E. Tay et al., "Disruptive behavior in a high-power distance culture and a three-dimensional framework for curbing it," *Health Care Management Review*, vol. 47, no. 2, pp. 133–143, 2022.
 - [33] M. Saghaei, G. Ahmadzadeh, and S. Haghighat, "The prevalence and outcome of disruptive behaviors in nurses and physicians: a descriptive study in Iranian health care context," *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, vol. 14, no. 4, pp. 1–15, 2020.
 - [34] M. Maddineshat, A. H. Rosenstein, A. Akaberi, and M. Tabatabaeichehr, "Disruptive behaviors in an emergency department: the perspective of physicians and nurses," *Journal of Caring Sciences*, vol. 5, no. 3, pp. 241–249, 2016.
 - [35] A. Rosenstein and M. O'Daniel, "Managing disruptive physician behavior impact on staff relationships and patient care," *Neurology*, vol. 17, no. 70, pp. 1564–1670, 2008.
 - [36] A. Riskin, A. Erez, T. A. Foulk et al., "The impact of rudeness on medical team performance: a randomized trial," *Pediatrics*, vol. 136, no. 3, pp. 487–495, 2015.
 - [37] K. Klingberg, K. Gadelhak, S. N. Jegerlehner, A. D. Brown, A. K. Exadaktylos, and D. S. Srivastava, "Bad manners in the emergency department: incivility among doctors," *PLoS One*, vol. 13, no. 3, 2018.
 - [38] D. L. Dull and L. Fox, "Perception of intimidation in a perioperative setting," *American Journal of Medical Quality*, vol. 25, no. 2, pp. 87–94, 2010.
 - [39] A. H. Rosenstein and M. O'Daniel, "A Survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety," *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 34, no. 8, pp. 464–471, 2008.
 - [40] F. T. L. Moreira, R. C. M. Callou, G. A. Albuquerque, and R. M. Oliveira, "Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente," *Gaúcha Nursing Magazine*, vol. 40, pp. 1–15, 2019.
 - [41] A. H. Rosenstein, "Addressing the causes and consequences of disruptive behaviors in the healthcare setting," *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, vol. 3, no. 3, pp. 1–3, 2015.
 - [42] I. Topçu, A. S. Türkmen, N. C. Sahiner, S. Savaser, and H. Sen, "Physicians' and nurses' medical errors associated with communication failures," *Journal of Pakistan Medical Association*, vol. 67, no. 4, pp. 600–604, 2017.

- [43] C. Griffin, A. Aydın, O. Brunckhorst et al., “Non-technical skills: a review of training and evaluation in urology,” *World Journal of Urology*, vol. 38, no. 7, pp. 1653–1661, 2020.
- [44] Joint Commission International, “International patient safety goals,” 2023, <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>.
- [45] World Health Organization, “Global patient safety action plan 2021–2030, towards eliminating avoidable harm in health care,” 2021, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1360307/retrieve>.
- [46] M. P. Astier-Peña, V. Martínez-Bianchi, M.-L. Torijano-Casalengua, S. Ares-Blanco, J. M. Bueno-Ortiz, and M. Fernandez-García, “El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura,” *Primary Care*, vol. 53, pp. 1–12, 2021.
- [47] A. H. Rosenstein and M. O’Daniel, “Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena,” *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 203, no. 1, pp. 96–105, 2006.
- [48] H. S. Hao, H. Gao, T. Li, and D. Zhang, “Assessment and comparison of patient safety culture among health-care providers in shenzhen hospitals,” *Risk Management and Healthcare Policy*, vol. 13, pp. 1543–1552, 2020.
- [49] A. J. Hessels, M. Paliwal, S. H. Weaver, D. Siddiqui, and T. A. Wurmser, “Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse patient events,” *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 34, no. 4, pp. 287–294, 2019.
- [50] H. W. Heinrich, “Industrial Accident Prevention. A Scientific Approach,” 1941, <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19432701767>.
- [51] Institute of Medicine US, “Committee on quality of health care in America, to Err is human: building a safer health system,” 2000, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>.
- [52] National Quality Forum, “Safe practices for better healthcare,” 2008, https://www.qualityforum.org/News_And_Resources/Press_Kits/Safe_Practices_for_Better_Healthcare.aspx.