

# Aplicación de Escalas Psicométricas para la Identificación y Resolución de Conflictos en Enfermería

Aplicação de Escalas Psicométricas para Identificação e Resolução de Conflitos na Enfermagem  
Application of Psychometric Scales for Identifying and Resolving Conflicts in Nursing

## RESUMO

**Objetivo:** Aplicar as Escala de Conflitos Intragrupos (ECIG) e a de Estratégias de Resolução de Conflitos (EERC) com profissionais de enfermagem de unidades hospitalares. **Método:** Estudo metodológico com abordagem quantitativa, envolvendo 191 profissionais de enfermagem de um hospital paulista. Aplicaram-se a ECIG adaptada e a EERC, submetidas à análise de consistência interna (Alpha de Cronbach) e análise fatorial exploratória. Os dados foram analisados no SPSS 20.0, com testes estatísticos como Qui-quadrado e ANOVA. **Resultados:** Os conflitos foram predominantemente classificados como "pouco/moderados", com maior frequência em tarefas (decisões, planejamento) que em relações interpessoais. A EERC revelou predomínio de estratégias colaborativas (e.g., mediação, ajuda mútua), embora com resquícios competitivos. A análise fatorial identificou cinco fatores, com validade aceitável para competição ( $\alpha=0,746$ ) e colaboração ( $\alpha=0,651$ ), mas limitações nos demais (amenização, acomodação). **Conclusão:** As escalas demonstraram potencial para uso no contexto nacional, destacando a necessidade de capacitação em gestão de conflitos e ajustes organizacionais. **DESCRIPTORES:** Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Administração de Recursos Humanos em Saúde; Negociação; Administração Hospitalar.

## ABSTRACT

**Objective:** To apply the Intragroup Conflict Scale (ECIG) and the Conflict Resolution Strategies Scale (EERC) to nursing professionals in hospital units. **Method:** A methodological study with a quantitative approach, involving 191 nursing professionals from a hospital in São Paulo. The adapted ECIG and the EERC were applied and subjected to internal consistency analysis (Cronbach's Alpha) and exploratory factor analysis. Data were analyzed using SPSS 20.0, with statistical tests such as Chi-square and ANOVA. **Results:** Conflicts were predominantly classified as "low/moderate," occurring more frequently in tasks (decisions, planning) than in interpersonal relationships. The EERC revealed a predominance of collaborative strategies (e.g., mediation, mutual help), although with some competitive remnants. Factor analysis identified five factors, with acceptable validity for competition ( $\alpha=0.746$ ) and collaboration ( $\alpha=0.651$ ), but limitations in the others (mitigation, accommodation). **Conclusion:** The scales demonstrated potential for use in the national context, highlighting the need for training in conflict management and organizational adjustments. **DESCRIPTORS:** Nursing; Nursing Team; Health HumanResources Management; Negotiation; Hospital Administration.

## RESUMEN

**Objetivo:** Aplicar la Escala de Conflictos Intragrupales (ECIG) y la Escala de Estrategias de Resolución de Conflictos (EERC) a profesionales de enfermería en unidades hospitalarias. **Método:** Estudio metodológico con enfoque cuantitativo, con 191 profesionales de enfermería de un hospital de São Paulo. Se aplicaron la ECIG adaptada y la EERC, sometidas a análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) y análisis factorial exploratorio. Los datos se analizaron con el programa SPSS 20.0, con pruebas estadísticas como Chi-cuadrado y ANOVA. **Resultados:** Los conflictos se clasificaron predominantemente como "bajos/moderados", con mayor frecuencia en tareas (decisiones, planificación) que en relaciones interpersonales. La EERC reveló un predominio de estrategias colaborativas (p. ej., mediación, ayuda mutua), aunque con algunos remanentes competitivos. El análisis factorial identificó cinco factores, con validez aceptable para la competencia ( $\alpha = 0,746$ ) y la colaboración ( $\alpha = 0,651$ ), pero limitaciones en los demás (mitigación, adaptación). **Conclusión:** Las escalas demostraron potencial para su uso en el contexto nacional, destacando la necesidad de capacitación en gestión de conflictos y ajustes organizacionales. **DESCRIPTORES:** Enfermería; Equipo de Enfermería; Gestión de Recursos Humanos en Salud; Negociación; Administración Hospitalaria.

### Katya Araújo Machado Saito

Máster en Ciencias. Profesora, tutora de prácticas del curso de Enfermería del Centro Universitario São Camilo.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0091-8327>

### Isabel Cristina KowalOlm Cunha

Doctora en Salud Pública. Profesora asociada libre docente de la Universidad Federal de São Paulo, Brasil.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>

### Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Doctor en Ciencias. Profesor asociado de la

Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

### Maria Clara Basilio da Silva

Enfermera por la Universidad Estadual Vale do Acaraú, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4827-193X>

### Valnice de Oliveira Nogueira

Doctora en Ciencias. Analista de Salud en Enfermería del Ayuntamiento de São Paulo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7726-8839>

Recibido en: 16/01/2026

Aprobado en: 02/02/2026

## INTRODUCCIÓN

Los conflictos son fenómenos inherentes a las relaciones humanas y, por lo tanto, inevitables en los entornos organizativos, especialmente en los servicios de salud, caracterizados por interacciones complejas y dinámicas<sup>(1)</sup>. Aunque a menudo se asocian con efectos negativos, pueden asumir un carácter constructivo al impulsar transformaciones institucionales, la innovación organiza-

cional y la mejora de las relaciones interpersonales <sup>[11]</sup>. Cuando se gestionan adecuadamente, los conflictos favorecen el fortalecimiento del trabajo en equipo, la mejora del clima organizacional y la cualificación de los procesos asistenciales <sup>[21]</sup>.

En general, los conflictos se definen como incompatibilidades percibidas entre sujetos, grupos o instituciones, derivadas de divergencias en cuanto a objetivos, valores, percepciones o intereses <sup>[31]</sup>. Su aparición se ve intensificada por interpretaciones subjetivas, en las que una de las partes identifica amenazas a sus intereses <sup>[41]</sup>. En el contexto laboral, destacan como causas recurrentes las fallas en la comunicación, la indefinición de roles, la sobrecarga de funciones, los malentendidos interpersonales, las estructuras organizativas ineficaces y las jerarquías rígidas <sup>[5,6]</sup>. En algunas situaciones, la falta de descripciones claras de los puestos, la indefinición de funciones, la negligencia y las faltas de asistencia al trabajo por parte de los profesionales pueden contribuir a la aparición de conflictos <sup>[71]</sup>.

En enfermería, los conflictos adquieren mayor complejidad debido a la sobrecarga de trabajo, las fallas en la comunicación y los estilos de liderazgo autoritarios o tóxicos, reconocidos como importantes desencadenantes de tensiones en los equipos <sup>[8-11]</sup>. Estos factores comprometen las relaciones interpersonales, reducen la satisfacción profesional e intensifican el estrés laboral <sup>[9-11]</sup>. Además, la diversidad de funciones, las exigencias organizativas y los múltiples intereses que intervienen en la atención amplían la incidencia de conflictos en el ejercicio profesional <sup>[21]</sup>.

El entorno hospitalario intensifica la complejidad de los conflictos al exigir una articulación continua entre diversos profesionales, bajo presiones institucionales, emocionales y asistenciales. En este escenario, el enfermero asume un papel estratégico en la mediación de las relaciones multiprofesionales y en la gestión de los conflictos cotidianos, competencia esencial para la promoción de

entornos de trabajo saludables y orientados a la calidad de la atención <sup>[121]</sup>. Los conflictos, frecuentes en este contexto, se derivan de divergencias de valores, roles, expectativas y factores organizativos, como la sobrecarga de trabajo y las fallas de comunicación, y se manifiestan tanto a nivel intraprofesional como interprofesional <sup>[5,6,71]</sup>. Cuando se gestionan mal, comprometen la cohesión de los equipos, el bienestar profesional y la calidad de la asistencia; cuando se abordan adecuadamente, pueden favorecer el desarrollo de competencias relacionales, fortalecer las prácticas colaborativas e impulsar la evolución institucional <sup>[51]</sup>. La escasez de instrumentos validados para medir estos fenómenos en la enfermería hospitalaria refuerza la necesidad de escalas adaptadas a la realidad brasileña, capaces de subsidiar la gestión del trabajo y la educación permanente en salud <sup>[13,141]</sup>.

Así, este estudio tiene como objetivo aplicar la Escala de Conflictos Intragrupal (ECIG) y la de Estrategias de Resolución de Conflictos (EERC) con profesionales de enfermería de unidades hospitalarias.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio metodológico, de naturaleza exploratoria y enfoque cuantitativo, desarrollado durante el año 2018 en un hospital general, privado y filantrópico, de gran tamaño y alta complejidad, ubicado en São Paulo.

El instrumento de recopilación de datos constaba de cuatro partes: (1) invitación a participar y formulario de consentimiento libre e informado (TCLE); (2) cuestionario sociodemográfico y de formación profesional; (3) versión adaptada del ECIG, con reformulación de los ítems para mayor claridad y precisión, y (4) Escala de Estrategias de Resolución de Conflictos (EERC), construida a partir del referencial de Marquis y Huston <sup>[121]</sup> y compuesta por 18 ítems, distribuidos en seis estrategias. Ambos instrumentos fueron sometidos a una prueba previa con

profesionales de enfermería, que no informaron de dificultades de comprensión.

El instrumento se completó de forma individual, durante el turno de trabajo, en un entorno que garantizaba la confidencialidad y la autonomía del participante. La muestra estuvo compuesta por 191 profesionales de enfermería (54 enfermeros y 137 auxiliares y técnicos), seleccionados por muestreo intencional, basándose en los criterios de inclusión: tener al menos tres meses de ejercicio en la función y aceptar la participación, mediante la firma del TCLE.

Los datos se analizaron con el software SPSS versión 20.0. Los análisis descriptivos incluyeron frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas. Los análisis inferenciales incluyeron la prueba de chi cuadrado, la prueba exacta de Fisher, la correlación de Pearson, la prueba t de Student, el análisis de varianza (ANOVA) y, en casos de violación de los supuestos, pruebas no paramétricas (Mann-Whitney y Kruskal-Wallis). La comparación entre medias en grupos emparejados se realizó con la prueba t para muestras dependientes.

La consistencia interna de la ECIG y la EERC se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La EERC también se sometió a un análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal Varimax, utilizando como criterios: valores propios superiores a «uno», comunalidad y carga factorial mínima de 0,5. Se aplicaron la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para evaluar la adecuación de la matriz de correlaciones. Las puntuaciones de las escalas se reescalaron de «0» a «100», y los valores de los ítems de la EERC se invirtieron para facilitar la interpretación: cuanto mayor es la puntuación, mayor es el uso de la estrategia de resolución de conflictos.

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación de la Universidad Federal de São Paulo (UNI-

FESP) y de la institución hospitalaria donde se llevó a cabo, bajo el dictamen consubstanciado n.º 1.060.067 (CAAE: 42445515.9.3001.5461).

**RESULTADOS**

Este estudio evalúa las propiedades psicométricas de dos instrumentos fun-

damentales para el análisis de conflictos en equipos de enfermería hospitalaria: la ECIG y la EERC, desarrolladas a partir de referencias teóricas de la gestión en enfermería. Los resultados se organizan en tres ejes principales: 1 - Distribución de las respuestas por ítem de las escalas, destacando la percepción de los profesionales sobre la frecuencia e intensidad

de los conflictos, así como las estrategias más utilizadas para su resolución (Tabla 1); 2 - Indicadores de consistencia interna (alfa de Cronbach), que evaluaron la fiabilidad de los instrumentos; y 3 - Análisis factorial exploratorio, responsable de identificar la estructura latente de los constructos y validar la dimensionalidad de las escalas.

**Tabla 1 - Distribución de las respuestas de los profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización, por ítems de la ECIG adaptada.**

ECIG adaptada – ítems	Ocurre en su equipo de trabajo actual					Total n(%)
	Ninguno n(%)	Poco n(%)	Moderado n(%)	Mucho n(%)	Muchísimo n(%)	
1. El equipo de trabajo tiene desacuerdos sobre las decisiones laborales.	23(12,0)	100(52,4)	55(28,8)	12(6,3)	1(0,5)	191(100,0)
2. Existe fricción personal entre los miembros del equipo.	50(26,2)	82(42,9)	40(20,9)	17(8,9)	2(1,0)	191(100,0)
3. Existe diferencia de opinión en el grupo sobre la planificación de las ta-reas.	23(12,0)	85(44,5)	50(26,2)	31(16,2)	2(1,0)	191(100,0)
4. Existe tensión emocio-nal en las relaciones inter-personales entre los miembros del equipo.	46(24,1)	78(40,8)	36(18,8)	25(13,1)	6(3,1)	191(100,0)
5. El desacuerdo personal es evidente entre los miembros del equipo.	65(34,0)	77(40,3)	30(15,7)	15(7,9)	4(2,1)	191(100,0)
6. Existe resentimiento entre los miembros del equipo.	119(62,3)	43(22,5)	18(9,4)	8(4,2)	3(1,6)	191(100,0)
7. Existen diferencias de opinión en el equipo de trabajo sobre la realización de las tareas.	27(14,1)	89(46,6)	51(26,7)	21(11,0)	3(1,6)	191(100,0)
8. Existe conflicto entre los miembros del equipo du-rante la distribución de las tareas.	48(25,1)	69(36,1)	47(24,6)	24(12,6)	3(1,6)	191(100,0)
9. El grupo de trabajo de-dica tiempo a resolver conflictos inter-personales entre sus miembros.	77(40,3)	82(42,9)	24(12,6)	6(3,1)	2(1,0)	191(100,0)
10. Existe desacuerdo en el equipo de trabajo sobre la forma de ejecutar las tareas.	61(31,9)	90(47,1)	24(12,6)	15(7,9)	1(0,5)	191(100,0)
11. Existe animadversión entre los miembros del equipo de trabajo.	104(54,5)	51(26,7)	22(11,5)	13(6,8)	1(0,5)	191(100,0)

En general, los resultados indican el predominio de conflictos clasificados como «pocos» o «moderados», lo que sugiere que los profesionales reconocen la existencia de conflictos cotidianos, aunque no los consideran intensos.

Los conflictos relacionados con las tareas, como los desacuerdos sobre decisiones laborales (ítem 1: 52,4 % «poco»;

28,8 % «moderado»), la planificación (ítem 3: 44,5 % «poco»; 26,2 % «moderado») y la ejecución de tareas (ítem 10: 47,1 % «poco»; 12,6 % «moderado»), fueron los más frecuentemente señalados. Esto indica que las divergencias técnicas y organizativas forman parte del día a día de los equipos y pueden reflejar fallos de comunicación o indefinición de roles.

Los conflictos de relaciones interpersonales, aunque menos intensos, también estuvieron presentes. Los ítems sobre fricciones personales (ítem 2) y tensión emocional (ítem 4) presentaron más del 60 % de respuestas en las categorías «ninguna» y «poca», lo que indica una baja incidencia percibida, pero aún así digna de atención. Destaca el ítem 6 («ira entre los

miembros del equipo»), con un 62,3 % de los encuestados indicando «ninguno», lo que señala que, a pesar de la existencia de conflictos, estos no suelen evolucionar hacia manifestaciones emocionales intensas.

El predominio de respuestas en las ca-

tegorías «poco» y «moderado» indica que los profesionales reconocen la existencia de conflictos, pero también revela su naturalización en la vida cotidiana, lo que puede debilitar las relaciones laborales y la calidad de la asistencia cuando no existe una mediación adecuada.

La Tabla 2 presenta la distribución de las respuestas de los profesionales de enfermería a los ítems de la EERC, evidenciando las estrategias más y menos adoptadas para afrontar los conflictos en el entorno hospitalario.

**Tabla 2 - Distribución de las respuestas de los profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización, según los ítems de la EERC.**

EERC ítems	Respuesta					Total n(%)
	Totalmente de acuerdo n(%)	Estoy de acuerdo n(%)	No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo n(%)	En desacuerdo n(%)	Totalmente en desacuerdo n(%)	
1. Cuando es necesario cubrir la baja por enfermedad de un compañero, renuncio a un día libre extra que me han concedido para ayudar en el turno de trabajo de la unidad y ya acuerdo la nueva fecha del día libre.	101(52,9)	62(32,5)	9(4,7)	14(7,3)	5(2,6)	191(100,0)
2. Cuando soy testigo del error de un compañero, inmediatamente trato de resolver el problema e informo a mi superior, esperando que se reconozca mi esfuerzo.	26(13,6)	47(24,6)	14(7,3)	46(24,1)	58(30,4)	191(100,0)
3. Cuando la dirección publica el formulario de solicitud de días libres para el mes siguiente, no suelo pedir ningún día, ya que me adapto a las necesidades de mis compañeros.	9(4,7)	40(20,9)	16(8,4)	68(35,6)	58(30,4)	191(100,0)
4. Cuando veo que dos compañeros están discutiendo, hablo con ellos para que eso no afecte al trabajo del equipo.	95(49,7)	61(31,9)	17(8,9)	10(5,2)	8(4,2)	191(100,0)
5. Cuando cometo un error durante mi turno de trabajo, sé que mi superior lo resolverá.	22(11,5)	46(24,1)	3(1,6)	51(26,7)	69(36,1)	191(100,0)
6. Estoy dispuesto a ayudar en la cobertura del turno de trabajo cuando falta un compañero.	65(34,0)	94(49,2)	7(3,7)	21(11,0)	4(2,1)	191(100,0)
7. Cuando se necesita ayuda para abrir un nuevo sector en la institución, acepto ser reasignado ese día para ayudar al equipo local, ya que entiendo que la dirección confía en mi trabajo.	88(46,1)	66(34,6)	10(5,2)	17(8,9)	10(5,2)	191(100,0)
8. Cuando recibo elogios del paciente, se lo cuento a mis compañeros y a mi jefa, e intento mostrar mis cualidades.	21(11,0)	31(16,2)	42(22,0)	27(14,1)	70(36,6)	191(100,0)
9. Cuando se abre el plazo para solicitar las vacaciones, espero a que mis compañeros elijan las suyas y luego decido una fecha entre los meses menos solicitados o que no han sido elegidos.	16(8,4)	53(27,7)	23(12,0)	57(29,8)	42(22,0)	191(100,0)
10. Cuando un compañero se enfada porque no ha conseguido el permiso que quería, intento calmarlo.	67(35,1)	78(40,8)	25(13,1)	14(7,3)	7(3,7)	191(100,0)
11. Cuando el paciente se queja de un compañero, le aconsejo que acuda al jefe o lo comunique al servicio de atención al cliente.	14(7,3)	47(24,6)	16(8,4)	51(26,7)	63(33,0)	191(100,0)
12. Cuando es necesario invertir el horario de trabajo (de mañana a tarde o de tarde a mañana), intento colaborar siempre que puedo.	80(41,9)	62(32,5)	15(7,9)	20(10,5)	14(7,3)	191(100,0)
13. Cuando mis superiores me piden ayuda para algunas actividades específicas, solo me quedo tranquila después de realizarlas.	133(69,6)	52(27,2)	4(2,1)	1(0,5)	1(0,5)	191(100,0)
14. Al terminar mi turno, procuro destacar las actividades que he realizado, tratando de mostrar mis puntos fuertes al equipo y a mis superiores.	30(15,7)	65(34,0)	26(13,6)	25(13,1)	45(23,6)	191(100,0)
15. Cuando me entero de que un compañero no va a acudir al trabajo, espero que la dirección resuelva el problema.	85(44,5)	61(31,9)	13(6,8)	21(11,0)	11(5,8)	191(100,0)
16. Cuando mis compañeros de trabajo empiezan a quejarse de la institución en la que trabajan, les recuerdo los beneficios que se ofrecen a los empleados.	95(49,7)	55(28,8)	22(11,5)	12(6,3)	7(3,7)	191(100,0)
17. Cuando discuto con un compañero de trabajo durante el turno, dejo de hablarle para no aumentar la discordia.	31(16,2)	50(26,2)	13(6,8)	33(17,3)	64(33,5)	191(100,0)
18. Cuando una compañera de una unidad es trasladada a otra unidad, me ofrezco a ayudarla en lo que sea necesario.	182(95,3)	8(4,2)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,5)	191(100,0)

El análisis de la distribución de las respuestas a los ítems de la EERC puso de manifiesto el predominio de actitudes colaborativas entre los profesionales de enfermería. Destacan los elevados índices de concordancia en ítems relacionados con la ayuda mutua y el compromiso con el trabajo en equipo, como la ayuda a compañeros reubicados (ítem 18: 99,5 % de concordancia), el cumplimiento de las tareas solicitadas por los superiores (ítem 13: 96,8 %) y la disposición a cubrir ausencias en el turno de trabajo (ítems 1

y 6: 85,4 % y 83,2 %, respectivamente). Estos datos revelan una fuerte valoración de la corresponsabilidad, la cooperación y el mantenimiento de la continuidad asistencial. Por otro lado, los ítems que sugieren estrategias centradas en la búsqueda del reconocimiento individual, la actitud pasiva o evasiva presentaron mayores niveles de desacuerdo, como informar elogios para demostrar cualidades (ítem 8– 50,7 % de desacuerdo), esperar que los superiores resuelvan los fallos (punto 5: 62,8 %) y evitar el contacto con

los compañeros después de los conflictos (punto 17: 50,8 %). Estos resultados indican una menor aceptación de las estrategias de competencia o evitación. Los ítems relacionados con la mediación y la regulación emocional, como calmar a los compañeros exaltados (ítem 10: 75,9 %) e intervenir en discusiones para preservar el ambiente de trabajo (ítem 4: 81,6 %), también obtuvieron una alta aceptación.

La Tabla 3 presenta los ítems de la EERC eliminados durante el análisis factorial exploratorio.

**Tabla 3: Ítems eliminados y sus respectivas cargas factoriales y comunalidades**

Ítem eliminado	Carga factorial	Comunalidad
16. Cuando mis compañeros de trabajo empiezan a quejarse de la institución en la que trabajan, les recuerdo los beneficios que se ofrecen a los empleados.	0,412	0,280
13. Cuando mis superiores me piden ayuda para algunas actividades específicas, solo me quedo tranquila después de realizarlas.	0,460	0,482
5. Cuando cometo un error durante mi turno de trabajo, sé que mi jefe lo resolverá.	0,552	0,490
15. Cuando me entero de que un compañero no va a acudir al trabajo, espero que mi superior resuelva el problema.	0,488	0,735
17. Cuando discuto con un compañero de trabajo durante el turno, dejo de hablarle para no aumentar la discordia.	-0,564	0,469

Los resultados de la Tabla 3 muestran que cinco ítems fueron excluidos de la versión final del EERC por no cumplir con los criterios psicométricos establecidos. Entre ellos, destacan los ítems 16 y 13, que presentaron comunalidades de 0,280 y 0,482, respectivamente, lo que indica una baja representatividad en el modelo factorial. El ítem 17, a pesar de tener una carga factorial negativa (-0,564), también fue eliminado por no contribuir de manera consistente a la estructura

del factor. La eliminación de estos ítems dio como resultado una solución con cinco factores que explicaban el 63,8 % de la varianza total de los datos, lo que aumentó la solidez de la escala y su adecuación al contexto de aplicación. Estos ajustes reflejan la preocupación metodológica por la validez estructural del instrumento, fundamental para su futura utilización en contextos clínicos y de gestión.

La Tabla 4 presenta los resultados del análisis factorial exploratorio aplicado al

EERC, tras la exclusión de los ítems con cargas factoriales y comunalidades insuficientes. Se utilizó la rotación ortogonal VARIMAX, con el fin de obtener una mejor interpretación de los factores extraídos. El modelo resultante agrupó los ítems restantes en cinco factores, responsables del 63,8 % de la varianza total explicada. El índice KMO (0,73) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < 0,001$ ) indicaron la adecuación de la matriz de correlaciones para el análisis.

**Tabla 4 – Presentación de las cargas factoriales rotadas por la transformación VARIMAX.**

	Factores					Communalities
	1	2	3	4	5	
14. Al terminar mi turno, procuro destacar las actividades que he realizado, tratando de mostrar mis puntos fuertes al equipo y a mis superiores.	0,818	0,052	0,091	0,083	0,054	0,690
8. Cuando recibo elogios del paciente, se lo cuento a mis compañeros y a mi jefa, e intento mostrar mis cualidades.	0,714	-0,008	0,196	0,320	-0,231	0,705
2. Cuando soy testigo del error de un compañero, inmediatamente trato de resolver el problema e informo a mi superior, esperando que se reconozca mi esfuerzo.	0,644	0,053	0,209	0,290	-0,012	0,545
11. Cuando el paciente se queja de un compañero, le aconsejo que acuda al jefe o lo comunique al servicio de atención al cliente.	0,630	0,135	-0,201	-0,223	0,295	0,593
1. Cuando es necesario cubrir la baja por enfermedad de un compañero, renuncio a un día libre extra que me han concedido para ayudar en el turno de trabajo de la unidad y ya acuerdo la nueva fecha del día libre.	-0,057	0,821	0,056	-0,042	-0,046	0,685

6. Estoy dispuesto a ayudar en la cobertura del turno de trabajo cuando falta un compañero.	0,139	0,708	0,189	0,274	0,001	0,632
7. Cuando se necesita ayuda para abrir un nuevo sector en la institución, acepto ser reasignado ese día para ayudar al equipo local, ya que entiendo que la dirección confía en mi trabajo.	0,110	0,690	0,129	0,101	0,155	0,540
4. Cuando veo que dos compañeros están discutiendo, hablo con ellos para que eso no afecte al trabajo del equipo.	0,087	0,196	0,820	-0,047	-0,042	0,722
10. Cuando un compañero se enfada porque no ha conseguido el permiso que quería, intento calmarlo.	0,116	0,165	0,729	0,104	0,050	0,586
3. Cuando la dirección publica el formulario de solicitud de días libres para el mes siguiente, no suelo pedir ningún día, ya que me adapto a las necesidades de mis compañeros.	0,100	0,080	-0,057	0,807	0,034	0,673
9. Cuando se abre el plazo para solicitar las vacaciones, espero a que mis compañeros elijan las suyas y luego decido una fecha entre los meses menos solicitados o que no han sido elegidos.	0,183	0,168	0,157	0,684	0,160	0,580
18. Cuando una compañera de una unidad es trasladada a otra unidad, me ofrezco a ayudarla en lo que sea necesario.	0,006	0,093	-0,023	0,103	0,837	0,721
12. Cuando es necesario invertir el horario de trabajo (de mañana a tarde o de tarde a mañana), intento colaborar siempre que puedo.	0,054	-0,058	0,537	0,128	0,561	0,626
Autovalor <sup>1</sup>	2,1	1,8	1,7	1,5	1,2	
Porcentaje de varianza	16,1	13,8	13,1	11,5	9,4	
Porcentaje de la varianza acumulada	16,1	29,9	43,0	54,5	63,8	

N=191 KMO = 0,73

Prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < 0,001$ )

<sup>1</sup> Los valores propios ya están en forma ortogonal, es decir, se realizó una rotación VARIMAX en las dimensiones originales.

Los factores extraídos revelaron agrupaciones coherentes con las distintas estrategias de resolución de conflictos adoptadas por los profesionales de enfermería. El Factor 1, que concentró los ítems 2, 8, 11 y 14, representa la estrategia de competencia, caracterizada por la búsqueda de reconocimiento personal, visibilidad y autoafirmación. El Factor 2, compuesto por los ítems 1, 6 y 7, sugiere un patrón de colaboración, asociado al apoyo práctico al equipo y a la dirección. El Factor 3, formado por los ítems 4 y 10, refleja un enfoque de suavización, orientado a la mediación y la pacificación de los conflictos interpersonales. El Factor 4, que incluye los ítems 3 y 9, apunta a una estrategia de acomodación, con actitudes de renuncia en beneficio del colectivo. Por su parte, el Factor 5, con los ítems 12 y 18, compone un segundo núcleo de colaboración, orientado a la flexibilidad y la prontitud frente a las demandas del equipo. Aunque los agrupamientos reve-

lan coherencia teórica, los factores 3, 4 y 5 presentan solo dos ítems cada uno, lo que compromete su solidez psicométrica y limita su aplicación aislada en análisis posteriores.

Los resultados del análisis factorial (Tabla 4) pueden interpretarse a partir de las cargas factoriales, que representan el grado de correlación entre cada ítem y los factores extraídos, funcionando de manera análoga a un coeficiente de correlación de Pearson<sup>[13]</sup>. A partir de estos resultados, es posible describir los cinco factores de la siguiente manera:

Factor 1 - Competencia: incluye los ítems «14. Al terminar mi turno, trato de destacar las actividades que realicé, tratando de mostrar mis diferencias al equipo y a la dirección», «8. Cuando recibo elogios del paciente, se lo cuento a mis compañeros y a mi jefe, e intento mostrar mis cualidades», «2. Cuando soy testigo de un error de un compañero, inmediatamente trato de resolver el problema e informo a mi jefe, esperando que se reconozca mi esfuerzo», y «11. Cuando el paciente se queja de un compañero, le aconsejo que acuda al jefe o que lo comunique al servicio de atención al cliente».

te».

Factor 2 - Colaboración 1: incluye los siguientes ítems: «1. Cuando es necesario cubrir la baja por enfermedad de un compañero, renuncio a un día libre extra que me han concedido para ayudar en el turno de trabajo de la unidad y ya acuerdo la nueva fecha del día libre», «6. Me pongo a disposición para ayudar a cubrir el turno de trabajo cuando falta un compañero» y «7. Cuando es necesario ayudar en la apertura de un nuevo sector en la institución, acepto ser reasignado ese día para ayudar al equipo local, ya que entiendo que la dirección confía en mi trabajo».

Factor 3 - Suavización: formado por los ítems «4. Cuando veo que dos compañeros están discutiendo, hablo con ellos para que eso no afecte al trabajo del equipo» y «10. Cuando un compañero se enfada porque no ha conseguido el día libre que quería, intento calmarlo».

Factor 4 - Adaptación: comprende los puntos «3. Cuando la dirección publica el formulario de solicitud de vacaciones para el mes siguiente, no suelo pedir ningún día, ya que me adapto a las necesidades de mis compañeros» y «9. Cuando

se abre el plazo para solicitar vacaciones, espero a que mis compañeros elijan las suyas y luego decido una fecha entre los meses menos solicitados o que no han sido elegidos».

Factor 5 - Colaboración 2: abarca los

ítems «12. Cuando es necesario invertir el horario de trabajo (mañana por tarde o tarde por mañana), intento colaborar siempre que sea posible» y «18. Cuando una compañera de una unidad es trasladada a otra unidad, me ofrezco a ayudar-

la en lo que sea necesario».

Los factores 3, 4 y 5, al estar compuestos por solo dos ítems cada uno, presentaron una consistencia interna débil [15]. Esta limitación se puede observar con más detalle en la Tabla 5, a continuación.

**Tabla 5 – Presentación de la correlación ítem-total corregida, alfa de Cronbach global si se excluye el ítem para los cuatro factores formados mediante análisis factorial. N=191.**

EERC	Paso 1	
	Correlación ítem-total	Alfa de Cronbach si se excluye el ítem
Competición (alfa de Cronbach global = 0,694)		
2. Cuando presencio el fallo de un compañero, inmediatamente trato de resolver el problema e informo a mi superior esperando que se reconozca mi esfuerzo.	0.500	0.614
8. Cuando recibo elogios del paciente, se lo cuento a mis compañeros y a mi jefe, e intento mostrar mis cualidades.	0.554	0.580
11. Cuando el paciente se queja de un compañero, le aconsejo que acuda a la dirección o que lo comunique al servicio de atención al cliente.	0.271	0.746
14. Al terminar mi turno, trato de destacar las actividades que he realizado, intentando mostrar mis puntos fuertes al equipo y a mis superiores.	0.604	0.544
Colaboración 1 (alfa de Cronbach global = 0,651)		
1. Cuando es necesario cubrir la baja por enfermedad de un compañero, renuncio a un día libre extra que me han concedido para ayudar en el turno de trabajo de la unidad y ya acuerdo la nueva fecha del día libre.	0.454	0.564
6. Me pongo a disposición para ayudar a cubrir el horario de trabajo cuando falta un compañero.	0.519	0.479
7. Cuando se necesita ayuda para abrir un nuevo sector en la institución, acepto ser reasignado ese día para ayudar al equipo local, ya que entiendo que la dirección confía en mi trabajo.	0.419	0.621
Atenuación (alfa de Cronbach global = 0,620)		
4. Cuando veo que dos compañeros están discutiendo, hablo con ellos para que eso no afecte al trabajo del equipo.	0.449	-
10. Cuando un compañero se enfada porque no ha conseguido el permiso que quería, intento calmarlo.	0.449	-
Acomodación (Cronbach's Alpha global = 0,514)		
3. Cuando la dirección publica el formulario de solicitud de días libres para el mes siguiente, no suelo pedir ningún día, ya que me adapto a las necesidades de mis compañeros.	0.347	-
9. Cuando se abre el plazo para solicitar vacaciones, espero a que mis compañeros elijan las suyas y luego decido una fecha entre los meses menos solicitados o que no han sido elegidos.	0.347	-
Colaboración 2 (Cronbach's Alpha global = 0,220)		
12. Cuando es necesario invertir el horario de trabajo (de mañana a tarde o de tarde a mañana), intento colaborar siempre que puedo.	0.239	-
18. Cuando una compañera de una unidad es trasladada a otra unidad, me ofrezco a ayudarla en lo que sea necesario.	0.239	-

De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 5, se observó que, en el factor competencia, la exclusión del ítem «11. Cuando el paciente se queja de un compañero, le aconsejo que acuda al jefe

o se dirija al SAC» dio lugar a un aumento significativo de la consistencia interna del factor, elevando el valor del alfa de Cronbach de 0,694 (clasificado como pobre) a 0,746 (aceptable). Este resulta-

do indica que dicho ítem tiene una baja correlación con los demás del factor, lo que compromete su homogeneidad. Para los demás factores, todos los ítems contribuyeron positivamente a sus respectivos

alfas, aunque los valores obtenidos no fueron satisfactorios. Las consistencias internas de los factores colaboración 1 (alfa = 0,651) y mitigación (alfa = 0,620) se clasificaron como pobres, mientras que los factores acomodación (alfa = 0,514) y colaboración 2 (alfa = 0,220) presentaron una consistencia considerada inaceptable.

Además, excepto los dos primeros factores (competencia y colaboración 1), los demás están compuestos por solo dos ítems, lo que limita su solidez psicométrica. Ante estos hallazgos, los análisis posteriores consideraron solo los dos primeros factores de la escala: competencia y colaboración <sup>[15]</sup>. De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 5, se observó que, en el factor competencia, la exclusión del ítem «11. Cuando el paciente se queja de un compañero, le aconsejo que acuda al jefe o se dirija al SAC» dio lugar a un aumento significativo de la consistencia interna del factor, elevando el valor del alfa de Cronbach de 0,694 (clasificado como pobre) a 0,746 (aceptable).

Este resultado indica que dicho ítem tiene una baja correlación con los demás del factor, lo que compromete su homogeneidad. Para los demás factores, todos los ítems contribuyeron positivamente a sus respectivos alfas, aunque los valores obtenidos no fueron satisfactorios. Las consistencias internas de los factores colaboración 1 (alfa = 0,651) y mitigación (alfa = 0,620) se clasificaron como pobres, mientras que los factores acomodación (alfa = 0,514) y colaboración 2 (alfa = 0,220) presentaron una consistencia considerada inaceptable. Además, excepto los dos primeros factores (competencia y colaboración 1), los demás están compuestos por solo dos ítems, lo que limita su solidez psicométrica. Ante estos hallazgos, los análisis posteriores consideraron solo los dos primeros factores de la escala: competencia y colaboración <sup>[15]</sup>.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio evi-

denciaron el predominio de conflictos intragrupales clasificados como «leves» o «moderados» entre los profesionales de enfermería hospitalaria, según lo medido por la Escala de Conflictos Intragrupales (ECIG) adaptada. Este hallazgo sugiere que, aunque los conflictos se reconocen como parte de la vida cotidiana de los equipos, rara vez alcanzan niveles de intensidad elevados. El conflicto, como fenómeno inherente a las relaciones humanas, se caracteriza por ser un proceso dinámico y multifactorial, en el que los sujetos o grupos experimentan reacciones emocionales negativas ante situaciones desafiantes <sup>[16]</sup>.

La prevalencia de conflictos relacionados con las tareas, como desacuerdos sobre decisiones, planificación y ejecución de actividades, refuerza la influencia de factores organizativos, como fallos en la comunicación y la indefinición de roles, lo que corrobora la literatura que señala estas variables como desencadenantes de tensiones en entornos sanitarios <sup>[1,6]</sup>. Estos conflictos, cuando se gestionan mal, pueden derivar en enemistades interpersonales, lo que afecta a la cohesión del equipo y a la calidad de la atención al cliente <sup>[9,17]</sup>. Por otro lado, los conflictos relacionales, como los roces personales y las tensiones emocionales, fueron menos frecuentes, lo que indica que los equipos pueden desarrollar mecanismos informales de regulación emocional, aunque requieran intervenciones puntuales para evitar la naturalización de comportamientos disruptivos.

La sobrecarga de trabajo, sumada a la competitividad y la presión por obtener resultados en contextos hospitalarios de alta complejidad, se perfila como un factor crítico para la aparición de conflictos <sup>[18]</sup>. En este escenario, la mala comunicación se destaca como una de las principales fuentes de desacuerdos, lo que puede conducir a errores en la atención y comprometer la seguridad del paciente <sup>[9,19]</sup>. La comunicación intraprofesional e interprofesional constituye una estrategia fundamental para mitigar los efectos de

los conflictos en los entornos sanitarios. Corresponde a la dirección de la unidad establecer sistemas y protocolos de comunicación institucional que promuevan la claridad de la información, reduciendo las ambigüedades, los ruidos y los sesgos en el proceso comunicativo <sup>[7]</sup>.

La EERC puso de manifiesto el predominio de estrategias colaborativas entre los profesionales de enfermería, expresadas en prácticas como la ayuda mutua, la flexibilidad en los turnos de trabajo y la mediación activa en las discusiones. La elección de los enfoques para abordar los conflictos está influenciada por variables individuales y organizativas, como la edad, la experiencia profesional y la cultura institucional <sup>[20-21]</sup>, en consonancia con el marco teórico que destaca la corresponsabilidad y la cooperación como fundamentales para un clima organizativo saludable <sup>[12]</sup>.

Estos hallazgos se ven corroborados por una revisión sistemática de 22 artículos, que identificó la acomodación y la colaboración como las estrategias más frecuentes en la gestión de conflictos por parte de los enfermeros, seguidas del compromiso. La selección de estas estrategias está modulada por factores como la formación profesional y el contexto organizacional. La literatura refuerza que la comunicación eficaz, la negociación y los enfoques proactivos son esenciales no solo para resolver conflictos, sino también para prevenirlos, promoviendo entornos de trabajo más armoniosos. Estas evidencias ponen de relieve la necesidad de una formación adaptada a las realidades de los equipos, con el fin de mejorar tanto la satisfacción profesional como la calidad de la atención <sup>[2]</sup>.

Sin embargo, la persistencia de estrategias competitivas, como la búsqueda del reconocimiento individual, revela la complejidad de las dinámicas interpersonales en contextos jerárquicos, donde la competencia puede debilitar la cohesión del equipo y generar entornos laborales agotadores <sup>[3, 22]</sup>. Cuando surgen conflictos, deben resolverse de forma rápida y

adecuada, con el fin de minimizar sus efectos negativos, favorecer dinámicas positivas en el equipo y mejorar la calidad de la atención al paciente <sup>[7]</sup>.

El análisis factorial de la EERC identificó cinco factores (*competencia, colaboración, mitigación, acomodación y colaboración*), pero destacó limitaciones psicométricas en los tres últimos debido al reducido número de ítems y a la inadecuada consistencia interna <sup>[15]</sup>. Este resultado apunta a la necesidad de perfeccionar el instrumento, con la inclusión de ítems que capten los matices culturales específicos de la enfermería brasileña. Aunque los factores *competencia* ( $\alpha = 0,746$ ) y *colaboración* ( $\alpha = 0,651$ ) presentan una fiabilidad aceptable para su uso en investigaciones, se recomienda cautela y la realización de estudios complementarios para validar la estructura factorial propuesta.

El predominio de estrategias colaborativas refuerza la viabilidad de invertir en programas de capacitación centrados en la comunicación no violenta y las técnicas de mediación, especialmente para los enfermeros líderes, que actúan como

articuladores de los equipos <sup>[9]</sup>. Aunque las escalas ECIG y EERC demuestran su potencial en el contexto hospitalario brasileño, es necesario realizar ajustes para ampliar su aplicabilidad, como la inclusión de ítems que evalúen los conflictos relacionados con los procesos de trabajo <sup>[23]</sup>.

Además, la baja intensidad de los conflictos autoinformados puede enmascarar situaciones crónicas no resueltas, lo que requiere enfoques proactivos para monitorear y mitigar la acumulación de estrés entre los profesionales. Estas medidas son cruciales para evitar impactos negativos en la salud de los profesionales y en la calidad de la atención <sup>[10]</sup>.

Comprender las causas de los conflictos y programar estrategias de gestión eficaces es fundamental para promover entornos de trabajo saludables <sup>[24,21]</sup>, ya que los conflictos mal gestionados comprometen tanto la calidad de la atención como el bienestar del equipo. Para ello, es esencial combinar intervenciones organizativas (como la definición clara de funciones y la reducción de la sobrecarga) con estrategias de comunicación no

violenta, con el fin de fomentar la colaboración y la atención humanizada.

## CONCLUSIÓN

El estudio evidenció un predominio de conflictos intragrupales de intensidad baja a moderada en la enfermería hospitalaria, sobre todo relacionados con las tareas, con una mayor adopción de estrategias colaborativas y mediadoras para su resolución. Las escalas ECIG y EERC resultaron útiles como herramientas diagnósticas para identificar conflictos y apoyar la gestión del trabajo, a pesar de las limitaciones psicométricas en algunos factores. Como contribuciones a la práctica, los hallazgos respaldan acciones de educación permanente, fortalecimiento del liderazgo y desarrollo de competencias comunicativas y de mediación de conflictos. Las limitaciones incluyen el diseño transversal, la realización en un solo hospital y la necesidad de mejorar y ampliar la validación de los instrumentos, lo que restringe la generalización de los resultados.

## Referencias

1. Burbridge M, Burbridge A. Gestão de conflitos: desafio do mundo corporativo. São Paulo: Saraiva; 2012.
2. Nikitara M, Dimalibot MR, Latzourakis E, Constantinou CS. Conflict Management in Nursing: Analyzing Styles, Strategies, and Influencing Factors: A Systematic Review. Nurs Rep [Internet]. 2024;14(4):4173–92. DOI: <https://doi.org/10.3390/nursrep14040304>.
3. Rahim, MA, Antonioni, D., Krumov, K., & Ilieva, S. (2000). Poder, conflicto e eficácia: um estudo intercultural nos Estados Unidos e na Bulgária. *European Psychologist*, 5 (1), 28–33. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.5.1.28>
4. DeChurch LA, Marks MA. Maximizing the benefits of task conflict: the role of conflict management. *Int J Confl Manag.* 2001;12(1):4–22. doi:10.1108/eb022847
5. Guimarães VF, Martins MCF. Bases de poder do supervisor, conflitos intragrupais e comprometimento organizacional e com a equipe. *Rev Psicol Organ Trab.* 2008;8(2):54–78. Available from: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572008000200004](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572008000200004)
6. Sales AA da R, Lima FRF, Farias FS de AB. Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde. *Rev Bras Promoc Saúde* [Internet]. 4º de janeiro de 2012;20(2):111-5. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/1011>
7. Konlan KD, Abdulai JA, Saah JA, Doat AR, Amoah RM, Mohammed I, Konlan KD. The influence of conflicts among members of the clinical team on patient care;

anexplorative, descriptivestudy, Ghana. *J Glob Health Sci.* 2023 Apr;5(1):e1. <https://doi.org/10.35500/jghs.2023.5.e>

8. Machado MH, Coelho MC de R, Pereira EJ, Telles AO, Soares Neto JJ, Ximenes Neto FRG, et al.. Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2023 Oct;28(10):2809–22. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10072023>

9. Ferreira RS, Marcon GB, Rodrigues Júnior RA, Antunes Neto JM. Conflict management in the hospital environment and the nursing sector: a literature review. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 30];7(5):e73093. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/73093>.

10. Fitrianiingsih A, Anjani AH, Fitriya NI, Anggraini PD, Ridwan H, Purnama A. Conflict management in service settings nursing in a hospital: literature review. *J KesehatManarang* [Internet]. 2023;8(2). DOI: <https://doi.org/10.36916/jkm.v8i2.233>

11. Patton CM. Conflict in Health Care: A Literature Review. *Internet J Adv Nurs Pract* [Internet]. 2014;9(1). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/330967993\\_Conflict\\_in\\_healthcare\\_A\\_literature\\_review](https://www.researchgate.net/publication/330967993_Conflict_in_healthcare_A_literature_review).

12. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em Enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 297-308.

13. Silva NIA, Puente-Palacios K. Desenvolvimento e validação da Escala de Conflitos Intragrupos-ECIG. *Psico USF.* 2010;15(2):205-13.

14. Silva NIA. Conflitos intragrupos: preditores e consequentes no cenário de equipes de trabalho [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2009. 108p.

15. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference (11.0 update). Michigan: Allynand Bacon; 2003. 386p.

16. Rocha PMB, Correa H. Addressing interpersonal conflict among healthcare workers during the coronavirus pandemic. *Braz. J. Psychiatr.* 2020;42(5):572–3. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-1109.

17. Tosanloo MP, Adham D, Khosravi B, Kazemi R, Khalili Z. Conflict in hospital setting: managers' and staffs' viewpoints. *Jundishapur J Health Sci.* 2022;14(2):e115358. DOI: 14(2):e115358. <https://doi.org/10.5812/jjhs-115358>

18. Benitez M, Medina FJ, Munduate L. Buffering relationship conflict consequences in team working in real organizations. *Int J Conf Manag.* 2018;29(2):279-97. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJCA-11-2017-0131>.

19. Iwanow RL. Exploring conflict within multidisciplinary teams in the acute care setting from a nurse's perspective [master's thesis]. Victoria (BC): Royal Roads University; 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.25316/IR-3913>.

20. Sobral S, Capucho F. Conflict in organizations: conceptualization and gender differences. *Gestão e Desenvolvimento.* 2019;27:33-54. DOI: <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.373>.

21. Hagemester A, Volmer J. Do social conflicts at work affect employees' job satisfaction? The moderating role of emotion regulation. *Int J Conf Manag.* 2018;29(2):213-35.

22. Rauman P. Conflicting working relationship among nurses: the intersection of should nursing, doubled domination, and the big picture. *Can J Nurs Res.* 2022;55(2):231-240. DOI: 10.1177/08445621221115250

23. Mohammed A, Ahmed MF, El-Shaer A, Zakaria AM. Effect of conflict management program on staff nurses' performance. *Mansoura Nurs J (Print).* 2022;9(1):235-242. DOI: 10.21608/mnj.2022.259023

24. Adilah R, Kamil H, Putra A, Yuswardi Y, Mayasari P. Nurses Conflict Management in Regional Public Hospital of Southeast Aceh District, Indonesia. *Int J Res Innov Appl Sci.* 2025 Jan 1;9(12):629–36