

22394__1741389202art02.pdf

Resumen de fuentes

7%

SIMILITUD GENERAL

1	www.frontiersin.org	2%
	INTERNET	
2	repositorio.upeu.edu.pe:8080	<1%
	INTERNET	
3	repositorio.upeu.edu.pe	<1%
	INTERNET	
4	www.coursehero.com	<1%
	INTERNET	
5	www.researchgate.net	<1%
	INTERNET	
6	www.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
	INTERNET	
7	Universidad Peruana Union on 2023-10-11	<1%
	TRABAJOS ENTREGADOS	
8	www.readkong.com	<1%
	INTERNET	
9	Manuel Moyano, Carmen Tabernero, Rosa Melero, Humberto M. Trujillo. "Spanish version of the Cultural Intelligence Scale (CQS) / Ver...	<1%
	CROSSREF	
10	es.scribd.com	<1%
	INTERNET	
11	link.springer.com	<1%
	INTERNET	
12	pesquisa.bvsalud.org	<1%
	INTERNET	
13	www.theibfr.com	<1%
	INTERNET	
14	Tomás Caycho-Rodríguez, José Ventura-León, Renzo Martinez-Munive, Miguel Barboza-Palomino. "Translation and content validity of ...	<1%
	CROSSREF	
15	discovery.ucl.ac.uk	<1%
	INTERNET	
16	repositorio.uta.cl	<1%
	INTERNET	
17	Peter Garcia-Portocarrero, Deysi A. Saldaña-Amaya, Brayan Miranda-Chavez, Javier A. Flores-Cohaila, Cesar Copaja-Corzo. "Validity a...	<1%
	CROSSREF	

18	www.gacetasanitaria.org	INTERNET	<1%
19	www.paces.cl	INTERNET	<1%
20	www.rpd-online.com	INTERNET	<1%

Se excluyeron los depósitos de búsqueda:

Ninguno

Excluido del Informe de Similitud:

Bibliografía

Citas textuales

Citas

Coincidencias menores (10 palabras o menos)

Se excluyeron las fuentes:

Ninguno

⁷ **UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Medicina Humana



**Adaptación y validación de una Escala de Expectativas de
Tratamiento para Pacientes Hospitalizados - Versión Paciente
en Español**

³ Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Karol Josephine Gonzales Vladivia
Katherine Yessenia Ñaupá Tito

Asesor:

Dr. Wilter Charmin Morales García

Lima, Marzo de 202

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo Dr. Wilter Charmin Morales García,³ docente de la Escuela de Posgrado, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS - VERSIÓN PACIENTE EN ESPAÑOL”** del los autores Karol Josephine Gonzales Valdivia y Katherine Yessenia Ñaupá² tiene un índice de similitud de 24 % verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 7 días del mes de Marzo del año 2025.



Wilter Charmin Morales García

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

765

En Lima, Perú, Villa Unión, a 07 día(s) del mes de marzo del año 2015 siendo las 7:30 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

Mg. Luis Felipe Segura Chavez, el (la) secretario(a): Dr. Olaya
Karel Yauri Garcia y los demás miembros: Dr. Salomon Huancachire
Vega y el (la) asesor(a): Dr. Wilter Charmin Morales Garcia

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado: Adaptación y validación de una escala de expectativas de tratamiento para pacientes hospitalizados - Versión paciente en español.

de los (las) bachilleres:
a) Karel Josephine Gonzales Valdivia
b) Katherine Yessenia Naupa Tito
c)

conducente a la obtención del título profesional de: Médico Cirujano

(Denominación del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(s) a hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el (a la) / a (los) (las) candidato(s). Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Karel Josephine Gonzales Valdivia

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>14</u>	<u>C</u>	<u>Aceptable</u>	<u>Bueno</u>

Bachiller (b): Katherine Yessenia Naupa Tito

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>14</u>	<u>C</u>	<u>Aceptable</u>	<u>Bueno</u>

Bachiller (c):

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(s) a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

[Firma]
Presidente
[Firma]
Asesor(a)
[Firma]
Bachiller (a)

[Firma]
Membro
[Firma]
Bachiller (b)

[Firma]
Secretario(a)
[Firma]
Membro
[Firma]
Bachiller (c)

INDICE	
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TESIS	2
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE LA TESIS	3
RESUMEN	6
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MÉTODOS	10
Diseño y Participantes	10
Tabla 1. Características sociodemográficas	10
Instrumentos	11
Tabla 2. Adaptación al español de la Escala de Expectativas de Tratamiento para Pacientes Hospitalizados	12
Procedimiento	12
Análisis de datos	12
RESULTADOS	13
Validez de contenido	13
Tabla 3. V de Aiken	14
Estadísticos descriptivos de los ítems	14
Table 4. Estadística descriptiva	15
Análisis Factorial Confirmatorio y Confiabilidad	15
Figura 1. Modelos teóricos	16
Tabla 5. Confiabilidad de los modelos	16
DISCUSIÓN	16
IMPLICANCIAS	18
LIMITACIONES	19
CONCLUSIÓN	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	26
Anexo 1. Traducción	26
Anexo 2. Versión consensuada y versión final	30
ANEXO 3: Evidencia de sumisión de artículo a revista	31
ANEXO 4: Copia de la resolución de inscripción del perfil de proyecto de Tesis	32
ANEXO 5: Constancia aprobación de comité de ética de Universidad Peruana Unión	34

ANEXO 6: Cuestionario	35
------------------------------------	-----------

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS - VERSIÓN PACIENTE EN ESPAÑOL

RESUMEN

Las expectativas de los pacientes hospitalizados son un factor determinante en los resultados clínicos, influyendo en la adherencia al tratamiento, la satisfacción del paciente y la percepción de los efectos secundarios. Este estudio tuvo como objetivo adaptar y validar la *Hospitalized Patients' Expectations for Treatment Scale - Patient Version* (HOPE-P) al español, considerando las particularidades culturales del contexto peruano. Se empleó un diseño metodológico con 277 pacientes hospitalizados de entre 18 a 85 años ($M=45.87$, $DE = 17.09$). Los análisis factoriales confirmatorios (AFC) mostraron que el modelo final, tras la eliminación de un ítem, presentó un ajuste satisfactorio: $\chi^2 = 24.980$, $gl = 13$, $CFI = 0.97$, $TLI = 0.94$, $RMSEA = 0.06$, $SRMR = 0.04$. La consistencia interna fue adecuada, con coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald superiores a 0.75 para ambas dimensiones de la escala. La HOPE-P-S demuestra ser una herramienta válida y confiable para evaluar las expectativas de tratamiento en pacientes hospitalizados peruanos, facilitando la identificación de áreas críticas en la atención médico-paciente. Esto permitirá el diseño de intervenciones personalizadas que mejoren la calidad del cuidado y optimicen los resultados clínicos.

Palabras clave:

Hospitalización; Expectativas; Paciente; Relaciones Médico-Paciente; Calidad de la atención en salud.

ABSTRACT

Hospitalized patients' expectations are a crucial factor in clinical outcomes, influencing treatment adherence, patient satisfaction, and the perception of side effects. This study aimed to adapt and validate the *Hospitalized Patients' Expectations for Treatment Scale - Patient Version* (HOPE-P) into Spanish, considering the cultural particularities of the Peruvian context. A methodological design was employed, involving 277 hospitalized patients aged between 18 and 85 years ($M = 45.87$, $SD = 17.09$). Confirmatory factor analyses (CFA) showed that the final model, after removing one item, had a satisfactory fit: $\chi^2 = 24.980$, $df = 13$, $CFI = 0.97$, $TLI = 0.94$, $RMSEA = 0.06$, $SRMR = 0.04$. Internal consistency was adequate, with Cronbach's alpha and McDonald's omega coefficients exceeding 0.75 for both dimensions of the scale. The HOPE-P-S proves to be a valid and reliable tool for assessing treatment expectations among hospitalized Peruvian patients, facilitating the identification of critical areas in medical-patient care. This will enable the design of personalized interventions that enhance care quality and optimize clinical outcomes.

Keywords:

Hospitalization; Expectations; Patient; Physician-Patient Relationships; Quality of Healthcare.

INTRODUCCIÓN

La forma en que los pacientes hospitalizados perciben su tratamiento resulta fundamental en el entorno clínico, ya que sus expectativas influyen en la economía de la salud, en los resultados terapéuticos y en la seguridad del paciente. Numerosos estudios señalan que estas expectativas actúan como predictores relevantes en cirugías, terapias experimentales y tratamientos con medicamentos, y que además guardan relación directa con la satisfacción y adherencia al tratamiento (Berry et al., 1980; El-Haddad et al., 2020; Halawi et al., 2015; Laferton et al., 2017).

Por ejemplo, se ha observado que las expectativas previas a una cirugía pueden tener un impacto notable en la duración de la estancia hospitalaria tras procedimientos como la artroplastia total de cadera. Los pacientes con expectativas favorables suelen recuperarse antes y presentar menos complicaciones, lo cual destaca la importancia de establecer metas realistas antes de la intervención (Halawi et al., 2015; Mooiweer et al., 2024). En psiquiatría, también se ha documentado que las expectativas iniciales influyen en la eficacia de los fármacos para tratar la depresión mayor (Nehama et al., 2014; Voineskos et al., 2020). Por su parte, en neurología, se ha constatado que las expectativas juegan un papel clave en los resultados de la estimulación cerebral profunda para la enfermedad de Parkinson, favoreciendo tanto la función motora como la calidad de vida (Mameli et al., 2023; Mercado et al., 2006).

El efecto placebo, íntimamente ligado a las expectativas de los pacientes, ha sido objeto de amplia investigación en múltiples áreas médicas. Cuando el paciente inicia el tratamiento con una visión positiva, se han visto mejores resultados en psicoterapia, lo que evidencia la influencia de las creencias individuales en la potenciación de los beneficios terapéuticos (Constantino et al., 2018; Miller et al., 2009). Este fenómeno también se observa en ciertas afecciones dermatológicas, como las dermatosis inflamatorias, donde las expectativas tienen un papel determinante en la respuesta al tratamiento (Sondermann et al., 2021). Sin embargo, no siempre se establece la misma relación entre expectativas y resultados: en el caso de personas mayores sin dientes que reciben prótesis, las expectativas iniciales no mostraron un efecto relevante sobre su calidad de vida relacionada con la salud oral (Oweis et al., 2022; Sivakumar et al., 2015). Del mismo modo, en fracturas de radio tratadas de forma conservadora, no se halló que las expectativas influyeran en la función posterior de la muñeca, lo que indica que el papel de las expectativas depende de las particularidades clínicas (Green et al., 2024; Kim et al., 2023).

Otro aspecto importante es la incidencia directa de las expectativas en la seguridad del paciente y su percepción de los efectos secundarios. Tener expectativas bajas puede disminuir la adherencia al tratamiento y empeorar los resultados clínicos (Figaro et al., 2005; Green et al., 2024). Al mismo tiempo, expectativas poco realistas, por ejemplo la creencia en una “cura inmediata”, se asocian con un menor control de la enfermedad y menor satisfacción con la atención recibida (Lahri et al., 2022). En cirugía bariátrica, la sobreestimación de la posible pérdida de peso acarrea mayor probabilidad de complicaciones posoperatorias, haciendo evidente la necesidad de gestionar correctamente las expectativas de los pacientes (van Rijswijk et al., 2021). Además, las expectativas también influyen en la experiencia de los efectos secundarios. Así, la presencia de náuseas anticipadas antes de la quimioterapia puede predecir episodios más intensos durante el tratamiento, demostrando la relevancia de abordar estas creencias dentro de la práctica clínica (Cockle & Ogden, 2022; Roscoe et al., 2004).

Por otra parte, las expectativas dirigidas al equipo médico resultan esenciales para la calidad de la atención sanitaria. La atención centrada en el paciente y la toma de decisiones compartida han ganado prominencia como estrategias para fortalecer la relación médico-paciente y mejorar los resultados clínicos (Faiman & Tariman, 2019). Las convicciones y preferencias de los propios profesionales de la salud también pueden condicionar las estrategias de tratamiento, modificando la percepción de efectividad, así como la satisfacción y el compromiso del paciente (Ferreira et al., 2023; Ong et al., 1995; Wu et al., 2022). Cuando existe un desacuerdo entre las expectativas del paciente y las del médico, pueden surgir insatisfacción y resultados menos favorables (Alkhamees et al., 2023; Cheung et al., 2001; Gessesse et al., 2024). Esta brecha pone de relieve la importancia de la toma de decisiones compartida para alinear expectativas y promover la confianza mutua. Además, investigaciones señalan que las expectativas positivas por parte del médico pueden influir en la respuesta fisiológica del paciente, al modular la liberación de neuroquímicos como las endorfinas, con un efecto beneficioso tanto en el control del dolor como en la recuperación (Laferton et al., 2017; Montori et al., 2023). Este hallazgo refuerza la necesidad de adoptar un enfoque biopsicosocial en la atención de la salud (Kusnanto et al., 2018; Verheul et al., 2010). Asimismo, comunicar de forma clara y realista puede disminuir en gran medida el estrés y la ansiedad del paciente, mejorando su vivencia durante la hospitalización y los resultados en su salud (Ihrig et al., 2023).

Dada la trascendencia de las expectativas para los resultados clínicos y la seguridad del paciente, se han elaborado diferentes herramientas que buscan medirlas de manera global. No obstante, las escalas desarrolladas hasta el momento suelen enfocarse en poblaciones o afecciones muy específicas, como en el caso de quienes portan desfibriladores cardioversores implantables (Habibović et al., 2014), se someten a tratamientos ortodónticos (Bos et al., 2003) o reciben intervenciones ginecológicas (Marchant-Haycox et al., 1998). Aun

cuando estas herramientas son útiles, su extensión y escasa adaptabilidad dificultan su uso en entornos clínicos donde el tiempo y los recursos son limitados (Bowling et al., 2012). En este panorama, la escala HOPE-P se ha convertido en una alternativa prometedora. Diseñada en China (Xiao et al., 2023a), evalúa las expectativas en torno a la interacción médico-paciente y se aplicó a 210 pacientes de servicios como ginecología, inmunología, endocrinología, neurología y cardiología. Las puntuaciones de razón crítica (CR) para los ítems 1–8 variaron entre 6.036 y 8.354, mostrando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de puntuación alta y baja; sin embargo, el ítem 9 presentó una correlación negativa no significativa (-0.096). El análisis factorial exploratorio arrojó un modelo de dos factores (comunicación médico-paciente y expectativas sobre los resultados), lo que llevó a excluir el ítem 9 por su carga factorial negativa y correlación ítem-total deficiente. Estos hallazgos fueron corroborados por el análisis factorial confirmatorio (CFA). El instrumento final quedó conformado por ocho ítems distribuidos en dos factores, con una alta consistencia interna y una adecuada fiabilidad test-retest.

A pesar de estos avances, las investigaciones en español que aborden las expectativas de pacientes hospitalizados siguen siendo escasas. Entre las pocas herramientas validadas, destaca la Escala de Expectativas y Conocimiento Recibido del Paciente Hospitalizado (ECPH/CRPH), desarrollada en España con una muestra de 248 pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en cinco hospitales públicos. Esta escala consta de 40 ítems organizados en seis dimensiones (biofisiológica, funcional, experiencia, ética, social y económica). Si bien su estructura factorial se confirmó para la versión de conocimiento recibido (CRPH), la versión de expectativas (ECPH) reveló la aparición de una séptima dimensión no contemplada en el diseño inicial (Cano-Plans et al., 2017).

En este escenario, la adaptación de la escala HOPE-P al entorno peruano adquiere gran relevancia, dadas las particularidades culturales, sociales y de acceso a la salud que diferencian a Perú de China. Las creencias de los pacientes se ven influidas por factores como el funcionamiento del sistema sanitario, las normas culturales que rigen la relación médico-paciente y las dificultades para conseguir un diagnóstico y tratamiento oportunos. Además, en un país marcado por la heterogeneidad cultural y la desigualdad en la atención sanitaria, resulta esencial que los ítems se ajusten al contexto y sean comprendidos por la población hospitalizada. Contar con una herramienta válida y confiable en Perú no solo contribuiría a optimizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, sino también a reducir las brechas existentes en la prestación de servicios de salud.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue adaptar y validar la escala HOPE-P en una muestra de pacientes hospitalizados peruanos, asegurando su pertinencia cultural y su utilidad para mejorar la calidad de la atención en este contexto.

MÉTODOS

Diseño y Participantes

El presente estudio, es una investigación metodológica (Correa & Pavez, 2016) y trasversal utilizó un muestreo por conveniencia para seleccionar a los participantes en 2 Hospitales de la ciudad de Lima (Hospital de Ventanilla y Hospital Nacional Hipólito Unanue). Los criterios de inclusión considerados en este estudio fueron: tener 18 años o más, haber estado hospitalizado por un mínimo de 24 horas. Además, se incluyeron pacientes en condiciones cognitivas y físicas adecuadas para responder la evaluación y que otorgaron su consentimiento informado. La determinación del tamaño muestral mínimo se realizó con una calculadora electrónica propuesta por Soper (2020), considerando el número de variables observadas y latentes en el modelo, un tamaño del efecto esperado ($\lambda = 0.10$), un nivel de significancia estadística ($\alpha = 0.05$) y un poder estadístico deseado ($1-\beta = 0.90$). Aunque el cálculo indicó un mínimo de 199 participantes, se reclutaron 277 pacientes hospitalizados, con edades entre los 18 y 85 años ($M = 45.87$, $DE = 17.09$). De ellos, el 59.9% fueron mujeres. Respecto al nivel de instrucción, la mayoría tenía educación secundaria (65.7%). En relación con el tiempo de hospitalización, el 69.7% de los participantes permaneció hospitalizado entre 3 y 5 días. En cuanto al área de hospitalización, el 56.7% de los participantes estuvo en ginecología y obstetricia, seguido por cirugía general con 28.2%.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Características		n	%
Sexo	Femenino	166	59.9
	Masculino	111	40.1
Nivel de instrucción	Primaria	51	18.4
	Secundaria	182	65.7
	Superior	44	15.9
	3 a 5 días	1	0.4
Tiempo de hospitalización	1 a 2 días	47	17
	3 a 5 días	193	69.7
	Más de 7 días	14	5.1
	Menos de 1 día	22	7.9
Área de hospitalización	Ginecología y Obstetricia	158	56.7
	Cirugía General	78	28.2
	Cirugía de Tórax y Cardiovascular	14	5.1
	Traumatología	9	3.2
	Medicina Interna	18	6.5
	Clase media	56	20.2
	Extrema pobreza	36	13
Nivel socioeconómico	Nivel alto	5	1.8
	Pobreza moderada	180	65

Instrumentos

Expectativas de Tratamiento para Pacientes Hospitalizados. Escala de Expectativas de Tratamiento para Pacientes Hospitalizados - Versión Paciente (HOPE-P). La HOPE-P es una herramienta desarrollada para medir las expectativas de tratamiento de pacientes hospitalizados, abarcando aspectos cruciales de la comunicación médico-paciente y los resultados esperados del tratamiento. Consta de un total de 9 ítems distribuidos en 2 dimensiones principales: Expectativas de Comunicación Médico-Paciente y Expectativas de Resultado del Tratamiento. La escala demuestra una alta confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0.761 para la dimensión de Expectativas de Comunicación Médico-Paciente y 0.919 para la dimensión de Expectativas de Resultado del Tratamiento. Cada ítem se mide utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos (Xiao et al., 2023b).

La traducción al español del HOPE-P se llevó a cabo siguiendo un riguroso proceso de adaptación cultural, con el objetivo de garantizar la fidelidad lingüística y conceptual del instrumento original. Este proceso incluyó las siguientes etapas:

1. Dos traductores bilingües nativos de español realizaron, de manera independiente, la traducción del HOPE-P al español. Ambas traducciones se compararon para elaborar una versión inicial consensuada.
2. La versión consensuada por un comité de expertos (psicólogo, médico y autores de la investigación) en español fue traducida nuevamente al inglés por dos hablantes nativos de inglés de los Estados Unidos, quienes también dominaban el español, pero no estaban familiarizados con el contenido del HOPE-P. Esta etapa tuvo como propósito verificar que el significado original del instrumento se mantuviera intacto.
3. El comité de expertos, revisaron la versión en español y las versiones retraducidas al inglés. Con base en esta revisión, se desarrolló una versión preliminar del HOPE-P en español.
4. La versión preliminar en español fue administrada a un grupo focal de 15 participantes con el fin de evaluar su relevancia, representatividad y claridad. No se identificaron problemas durante esta etapa por lo que no fueron necesarios ajustes lingüísticos necesarios (Ver Tabla 3).
5. Tras incorporar los ajustes, se desarrolló la versión final del instrumento en español, denominada *Escala de Expectativas de Tratamiento para Pacientes Hospitalizados - Versión Paciente en Español (HOPE-P-S)*. Esta versión final se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2. Adaptación al español de la Escala de Expectativas de Tratamiento para Pacientes Hospitalizados

HOPE-P	HOPE-P-S
Subscale A: doctor–patient communication expectation	A: Expectativa de comunicación médico-paciente
Q1. The doctor listens to my opinions on treatment	El médico escucha mis opiniones sobre el tratamiento.
Q2. During this hospitalization, the doctor fully explains the state of illness to me and negotiates medical decisions with me	Durante esta hospitalización, el médico explica completamente el estado de mi enfermedad y negocia decisiones médicas conmigo.
Q3. During this hospitalization, the doctor is caring	Durante esta hospitalización, el médico muestra cuidado y preocupación.
Subscale B: treatment outcome expectation	B: Expectativa sobre el tratamiento
Q4. Through this hospitalization, the disease can be definitely diagnosed	Durante esta hospitalización, la enfermedad puede ser diagnosticada definitivamente
Q5. Through this hospitalization, symptoms can be improved	Durante esta hospitalización, los síntomas pueden mejorar
Q6. Through this hospitalization, the disease can be cured	Durante esta hospitalización, la enfermedad puede ser curada
Q7. Through this hospitalization, I can restore work/family functions	Durante esta hospitalización, puedo restaurar las funciones laborales/familiares
Q8. Through this hospitalization, I can take care of myself	Durante esta hospitalización, puedo cuidar de mí mismo

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo con estricta observancia de principios éticos, contando con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Peruana Unión (código N° 2024-CEB-FCS-UPeU-260, del 26/11/2024). La aplicación del cuestionario se realizó de forma presencial en áreas de hospitalización comunes en el Hospital de Ventanilla y el Hospital Nacional Hipólito Unanue, de la ciudad de Lima. Se enfatizó el derecho inalienable de los participantes a retirarse del estudio en cualquier momento, respetando plenamente su autonomía y garantizando que esta decisión no tendría repercusiones negativas. Asimismo, la ejecución del estudio se alineó rigurosamente con las directrices de la Declaración de Helsinki, protegiendo en todo momento la privacidad y la confidencialidad de los datos recopilados, conforme a los más altos estándares éticos internacionales.

Análisis de datos

En la etapa preliminar, se evaluó la validez de contenido atendiendo tres aspectos clave de cada ítem: relevancia (cuán importante y esencial resulta para el constructo), coherencia (su grado de correspondencia con aquello que se pretende medir) y claridad (la facilidad de comprensión y la ausencia de ambigüedad). Para esta evaluación, cada aspecto se calificó en una escala de 0 a 3, donde 0 indica ausencia total y 3 representa la máxima presencia de la característica. Para cuantificar estas valoraciones, se empleó el coeficiente V de Aiken (Aiken, 1980) con intervalos de confianza al 95%, utilizando un programa

desarrollado en MS Excel®. Dicho coeficiente oscila entre 0 y 1, de tal manera que los valores cercanos a 1 reflejan un alto nivel de relevancia, coherencia y claridad. Los ítems con un V de Aiken $\geq 0,70$ se consideraron bien valorados a nivel muestral; además, cuando el límite inferior del intervalo de confianza era superior a 0,59, se consideraron adecuados también a nivel poblacional (Penfield y Giacobbi, 2004).

A continuación, se llevó a cabo un análisis descriptivo inicial de los ítems de la HOPE-P, tomando en cuenta la media, la desviación estándar, la asimetría y la curtosis, así como la correlación ítem-total corregida. Los valores de asimetría (g1) y curtosis (g2) se consideraron aceptables dentro de un rango de ± 1.5 (George & Mallery, 2003). Para descartar ítems potencialmente problemáticos, se recurrió a la correlación ítem-total corregida, eliminando aquellos con $r(i-tc) \leq 0.2$ o que presentaran multicolinealidad (Kline, 2016).

Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) para verificar la estructura factorial de la escala, utilizando el método de estimación de máxima verosimilitud robusta (MLR) (Muthen & Muthen, 2017). Se consideraron como indicadores de buen ajuste el chi-cuadrado (χ^2), el Índice de Ajuste Comparativo (CFI) y el Índice de Tucker-Lewis (TLI), con valores esperados iguales o superiores a 0.95; asimismo, se empleó el Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) y el Índice de Residuos Estándar Cuadrático Medio (SRMR), aceptando valores iguales o inferiores a 0.08 (Kline, 2016; Schumacker & Lomax, 2016). Finalmente, para estimar la fiabilidad de la escala se calculó el alfa de Cronbach y el omega de McDonald, considerando que ambos indicadores debían superar el valor de 0.70 para garantizar una consistencia interna adecuada (McDonald, 1999).

Los análisis estadísticos se realizaron en RStudio (Allaire, 2018) utilizando la versión 4.1.1 de R (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria; <http://www.R-project.org>). Para el análisis factorial confirmatorio y la modelización por ecuaciones estructurales se empleó el paquete lavaan (Rosseel, 2012).

RESULTADOS

Validez de contenido

En la Tabla 3 se presentan los resultados de la evaluación de la relevancia, representatividad y claridad de los ítems del instrumento, utilizando el coeficiente V de Aiken y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%). En general, todos los ítems alcanzaron valores de V de Aiken superiores a 0,80 en cada criterio evaluado, lo que indica una valoración altamente positiva por parte de los expertos en términos de relevancia, representatividad y claridad. Los ítems 5, 6 y 8 se destacan por obtener puntuaciones perfectas ($V = 1.00$; IC 95%: 0.86-1.00) en los tres criterios evaluados, lo que sugiere un consenso absoluto sobre su claridad, representatividad y relevancia. Además, los ítems 3, 4 y 7 también alcanzaron la puntuación máxima en al menos dos de los tres criterios

evaluados, lo que refleja su solidez dentro del instrumento. Por otro lado, el ítem 1 obtuvo un V de Aiken de 0.82 en claridad (IC 95%: 0.63-0.93), lo que indica una menor unanimidad en la valoración de este aspecto en comparación con los demás ítems, aunque aún se encuentra dentro de un rango aceptable. A pesar de esta ligera variabilidad, el límite inferior del IC 95% para todos los valores de V de Aiken supera el umbral de 0.59, criterio establecido para una valoración adecuada a nivel poblacional.

Tabla 3. V de Aiken

ítems	Relevancia				Representatividad				Claridad			
	M	DE	V	CI 95%	M	DE	V	CI 95%	M	DE	V	CI 95%
1	2.92	0.28	0.97	(0.82-1.00)	2.92	0.28	0.97	(0.82-1.00)	2.46	0.52	0.82	(0.63-0.93)
2	2.92	0.28	0.97	(0.82-1.00)	2.85	0.38	0.95	(0.78-0.99)	2.77	0.44	0.92	(0.75-0.98)
3	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)	2.92	0.28	0.97	(0.82-1.00)	2.85	0.38	0.95	(0.78-0.99)
4	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)	2.92	0.28	0.97	(0.82-1.00)
5	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)
6	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)
7	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)	2.92	0.28	0.97	(0.82-1.00)
8	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)	3.00	0.00	1.00	(0.86-1.00)

Estadísticos descriptivos de los ítems

El análisis descriptivo de los ítems del HOPE-P (Tabla 4) muestra que las medias oscilan entre 3.66 y 4.01. El ítem 3 presenta la media más alta ($M = 4.01$), indicando que fue el mejor valorado por los participantes, mientras que el ítem 7 registra la media más baja ($M = 3.66$). La desviación estándar varía entre 0.82 y 1, reflejando una dispersión moderada en las respuestas de los participantes. En cuanto a la asimetría (g_1) y curtosis (g_2), los valores se encuentran dentro del rango aceptable de normalidad de ± 1.5 (George & Mallery, 2003), lo que indica una distribución relativamente simétrica y una curtosis moderada para todos los ítems. Esto sugiere que los datos son adecuados para los análisis estadísticos posteriores que asumen normalidad. Las correlaciones ítem-total corregidas (r_{cor}) varían entre 0.43 y 0.55, superando el umbral mínimo aceptable de 0.30 (Kline, 2016). Estos resultados indican que todos los ítems contribuyen de manera adecuada al constructo medido por la escala, sin necesidad de eliminar ninguno de ellos. Además, estos valores reflejan una relación significativa entre cada ítem y el puntaje total de la escala. La consistencia interna de la escala, evaluada mediante el alfa de Cronbach, alcanza un nivel uniforme de 0.80 para todos los ítems, superando ampliamente el criterio aceptable de 0.70 (Nunnally & Bernstein, 1994).

Table 4. Estadística descriptiva

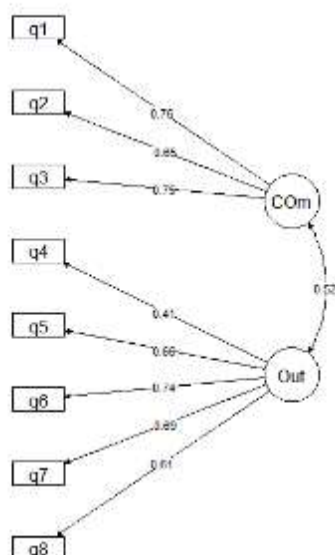
Ítems	¹ M	sd	g1	g2	r.cor	α
1	3.94	0.89	-0.88	0.9	0.48	0.8
2	3.79	1	-0.68	-0.15	0.52	0.8
3	4.01	0.89	-0.72	0.1	0.53	0.8
4	3.67	0.94	-0.6	-0.03	0.43	0.8
5	3.91	0.82	-0.77	0.73	0.55	0.8
6	3.75	0.93	-0.45	-0.49	0.54	0.8
7	3.66	0.92	-0.48	-0.25	0.5	0.8
8	3.7	0.97	-0.67	0.03	0.47	0.8

Análisis Factorial Confirmatorio y Confiabilidad

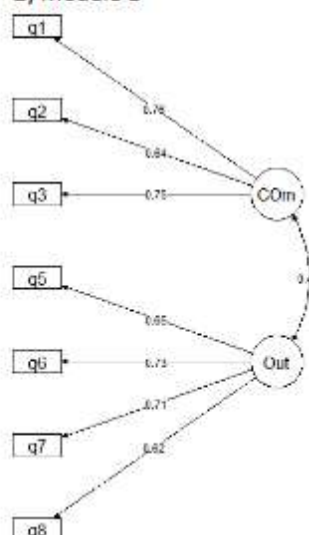
Se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) siguiendo el modelo de 2 factores establecidas por Xiao et al. (Xiao et al., 2023b). Inicialmente, se evaluó el Modelo A, que incluyó todos los ítems de la escala. Los índices de bondad de ajuste para este modelo indicaron un ajuste adecuado: $\chi^2 = 40.050$, $gl = 19$, $p = 0.003$; CFI = 0.95; TLI = 0.92; RMSEA = 0.06 (IC 90%: 0.04 - 0.09); SRMR = 0.06. Sin embargo, se observó que el ítem 4 presentaba una carga factorial de 0.41, por debajo del umbral crítico de 0.50, lo que motivó su eliminación, dado que su contenido no contribuía de manera significativa al constructo de bienestar mental que se pretendía medir. Además, su formulación podría haber generado confusión entre los participantes, disminuyendo su capacidad para reflejar de manera adecuada las expectativas sobre el tratamiento. Posteriormente, se evaluó el Modelo B tras eliminar el ítem 4. Este modelo mostró una mejora en los índices de ajuste, indicando una mayor congruencia entre los datos observados y el modelo teórico: $\chi^2 = 24.980$, $gl = 13$, $p = 0.023$; CFI = 0.97; TLI = 0.94; RMSEA = 0.06 (IC 90%: 0.03 - 0.09); SRMR = 0.04. Todas las cargas factoriales en este modelo superaron el umbral de 0.50, confirmando la validez constructiva de la escala.

Figura 1. Modelos teóricos

1) Modelo A



2) Modelo B



En cuanto a la consistencia interna, se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach (α) y omega de McDonald (ω) para ambas dimensiones evaluadas (Tabla 5). Los resultados fueron los siguientes:

Tabla 5. Confiabilidad de los modelos

Confiabilidad	Modelo A	Modelo B
Expectativa de comunicación médico-paciente	$\alpha = 0.76$; $\omega = 0.76$	$\alpha = 0.76$; $\omega = 0.76$
Expectativa sobre el tratamiento	$\alpha = 0.75$; $\omega = 0.76$	$\alpha = 0.77$; $\omega = 0.77$

Los coeficientes obtenidos indican una consistencia interna adecuada para ambas dimensiones, superando el umbral de 0.70 establecido por Nunnally y Bernstein (Nunnally, J.C. & Bernstein, 1994). Estos resultados respaldan la fiabilidad de la escala, tanto en su versión inicial como tras la eliminación del ítem 4, y refuerzan su utilidad para medir el constructo de bienestar mental en el contexto propuesto.

DISCUSIÓN

La manera en que los pacientes hospitalizados conciben su tratamiento influye tanto en su salud como en la adherencia y la seguridad (Berry et al., 1980; El-Haddad et al., 2020). En el ámbito quirúrgico, estas expectativas favorecen la recuperación y reducen el riesgo de complicaciones (Halawi et al., 2015; Mooiweer et al., 2024). De igual forma, en psiquiatría y neurología pueden reforzar la efectividad de las intervenciones (Nehama et al., 2014; Mameli et al.,

2023). El efecto placebo, asociado a la percepción que el paciente tiene del tratamiento, se ha estudiado en psicoterapia y dermatología (Constantino et al., 2018; Sondermann et al., 2021), aunque su papel parece menos relevante en el uso de prótesis dentales y en el manejo de fracturas (Oweis et al., 2022; Kim et al., 2023). Por otra parte, las expectativas negativas disminuyen la adherencia al tratamiento y las excesivamente altas suelen conducir a la insatisfacción (Figaro et al., 2005; Lahri et al., 2022). Además, influyen en la forma en que los pacientes viven ciertos efectos secundarios, como las náuseas asociadas a la quimioterapia (Roscoe et al., 2004). En este sentido, las expectativas que albergan los profesionales de la salud también pueden afectar la calidad de la atención y los resultados clínicos (Faiman & Tariman, 2019; Wu et al., 2022): una actitud positiva del médico puede modular respuestas neuroquímicas y reducir el estrés del paciente (Laferton et al., 2017; Montori et al., 2023). Para medir estas expectativas, la escala HOPE-P evalúa tanto la relación médico-paciente como aspectos del tratamiento, y ha demostrado ser muy válida (Xiao et al., 2023). Su adaptación al contexto peruano ofrece la oportunidad de perfeccionar la medición de expectativas y de potenciar la calidad de la atención.

En este estudio, nuestro objetivo fue validar la HOPE-P-S mediante un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) basado en el modelo de dos factores descrito por Xiao et al. (2023). En líneas generales, los resultados fueron similares a los de la investigación original, lo que respalda la solidez de la estructura bifactorial en diversos contextos lingüísticos y culturales. Sin embargo, se observaron algunas diferencias respecto a Xiao et al. (2023), quienes conservaron todos los ítems. En nuestra validación, en cambio, el ítem 4 no alcanzó el umbral mínimo de carga factorial ($\lambda = 0.41$) y, por ello, se decidió eliminarlo. Este ítem, relacionado con la expectativa de tener un diagnóstico definitivo, mostró una carga factorial baja, lo cual podría reflejar diferencias culturales en torno al concepto de “certeza diagnóstica”. Su exclusión mejoró la homogeneidad del constructo, lo que indica que, quizá, las expectativas sobre el diagnóstico constituyen un dominio distinto que necesitaría una medición aparte. Esta decisión va en línea con la recomendación de reformular o eliminar aquellos ítems que reduzcan la consistencia psicométrica de la escala, siguiendo los principios de parsimonia y rigor empírico en la elaboración de instrumentos (Brown, 2015).

Tras eliminar el ítem 4, los índices de ajuste mejoraron (CFI = 0.97; TLI = 0.94; RMSEA = 0.06; SRMR = 0.04), superando incluso los valores reportados por Xiao et al. (2023), quienes encontraron CFI = 0.984, TLI = 0.970, RMSEA = 0.072 y SRMR = 0.035. En este sentido, el AFC confirmó la estructura de dos factores en la versión en español, diferenciando claramente dos dimensiones: (1) Expectativas de Comunicación Médico-Paciente (ítems 1-3) y (2) Expectativas sobre Resultados del Tratamiento (ítems 5-8). El ajuste del modelo B, tras excluir el ítem 4, fue significativamente superior, lo que sugiere que esta versión perfeccionada resulta más fiel a la realidad de los pacientes hispanohablantes.

5 Asimismo, la confiabilidad de la HOPE-P-S se evaluó mediante los coeficientes alfa de Cronbach (α) y omega de McDonald (ω), obteniendo valores entre 0.75 y 0.77 en las distintas dimensiones. Estos son similares a los descritos por Xiao et al. (2023) para la versión original en inglés (HOPE-P), que alcanzaron $\alpha = 0.761$ y $\omega = 0.761$ en la dimensión de Expectativa de Comunicación Médico-Paciente, y $\alpha = 0.919$ y $\omega = 0.921$ en Expectativa sobre el Tratamiento. Nuestros valores, aunque superan la cifra mínima de 0.70 recomendada por Nunnally & Bernstein (1994), son algo inferiores a los de la versión original para la dimensión de Expectativa sobre el Tratamiento (0.75-0.77 frente a 0.919), lo que indica que la traducción y adaptación cultural podrían haber alterado de manera sutil la comprensión de algunos ítems o la coherencia en las respuestas de los pacientes de habla hispana.

En relación con la estabilidad temporal, Xiao et al. (2023) señalaron una confiabilidad test-retest de 0.670 ($p = 0.001$) a los siete días, lo que indica una consistencia moderada. Aunque en nuestra versión aún no se ha evaluado la estabilidad en el tiempo, sería aconsejable abordarlo en investigaciones posteriores para confirmar la reproducibilidad de los resultados y asegurar la equivalencia temporal de las mediciones.

IMPLICANCIAS

El estudio realizado muestra una relevancia clínica de la HOPE-P-S, en el sentido de que no es solo una escala de medición sino tiene un contenido y naturaleza de herramienta de gestión estratégica en el ámbito de la salud; pues esta permite describir y percibir la satisfacción del paciente y su correlativa o no adherencia al tratamiento. En el contexto de la relación sanitaria básica, médico-paciente, permite centrar la atención en la persona, de esta forma lo hace partícipe de las decisiones tan necesarias en pro de asumir responsabilidades mutuas en la relación sanitaria y la atención del sistema de salud.

La escala HOPE-P-S al evaluar las expectativas tiene una utilidad para el sistema hospitalario de las entidades sanitarias; pues permite detectar los posibles desordenes, discordancias o desarticulaciones que todo sistema humano pueda tener inherentes o generados por su funcionamiento, y con ello preveer su neutralización o corrección, evitando con ello impactos negativos y previsibles en el paciente y el mismo sistema sanitario.

En este contexto, una variable trascendental, en el contexto de la política sanitaria es la mejora de la calidad asistencial, y la HOPE-P-S es una herramienta que podría ser incorporada para la gestión en la atención hospitalaria, tan crucial en el contexto peruano, donde la mayor cobertura de atención en salud es a través del sistema sanitario público con hospitales y centros de salud de primer orden, ubicados en el ámbito urbano y rural a nivel nacional; pero con profundas desigualdades incluso en la cobertura de los servicios de salud. Esta incorporación puede reducir los impactos o la presencia de complicaciones de salud, la misma estancia hospitalaria y posibilitar una

mayor optimización de los escasos recursos dispuestos en el sistema público, evidenciados en la pandemia y persistentes en la pospandemia.

Existe un aporte teórico que implica asimismo la dimensión metodológica de la validación de HOPE-P-S en el contexto nacional; pues en la relación sanitaria médico-paciente existen una diversidad de factores que inciden en las expectativas del paciente sobre su salud y los resultados terapéuticos. Entonces, la escala desde ya expresa la multidimensionalidad de la misma; por tanto, este instrumento está estrechamente vinculado al modelo biopsicosocial, que define a la persona del paciente, como un centro donde diversos factores inciden en su disposición mental y sobre los resultados que proyecta obtener por la intervención médica. Es resaltante en los factores los entornos culturales que pueden incidir en la construcción o diseño de herramientas de medición de procesos sanitarios de atención a personas.

LIMITACIONES

En la generalidad y especificidad del estudio, existen aportes sobre la validación de HOPE-P-S; sin embargo, es necesario declarar limitaciones cuyos alcances permean los resultados, en el contexto peruano. Inicialmente, el diseño transversal puede limitar la estabilidad temporal de la HOPE-P-S; pues las expectativas del paciente pueden fluctuar en diferentes momentos o circunstancias, debido justamente a la naturaleza multidimensional del constructo. Añadido a ello es que la ausencia de tes-retest impide ratificar su fiabilidad por la imposibilidad de aplicar HOPE-P-S al mismo grupo de participantes del estudio en más de una ocasión en un sucesivo o continuo de análisis. Para mitigar dicha eventualidad de diseño, lo recomendable sería realizar un diseño longitudinal y así evidenciar, estudiar, el ciclo evolutivo de las expectativas del paciente en períodos controlados.

Una limitación evidente del estudio realizado es que se focalizó en centros hospitalarios de Lima Metropolitana, aunque ubicados en lugares de un alcance geográfico para prestación del servicio de salud de amplios sectores poblacionales de cobertura; sin embargo, es necesario tener la percepción del paciente en el contexto de su región o localidad, debido a la disparidad socioeconómica y cultural en el interior del país respecto de la capital del país, y de tal forma estos contextos pueden incidir en los resultados.

Existe asimismo el factor de la aceptación social del paciente, en dos dimensiones, por un lado, la de ser visto favorablemente por los demás como una persona con salud o saludable, y por otro lado, la de sujeción a las expectativas de la investigación o estudio. En este caso, el estudio solo cuenta con los autoinformes declarados por el mismo paciente y reproducidos en el resultado al aplicar HOPE-P-S. Y frente a esta realidad, sería necesario emprender en futuros estudios con evaluaciones externas y aplicar metodologías complementarias, una de cuyas líneas de acción sería a través de entrevistas

semiestructuradas lograr una mayor profundidad en las expectativas latentes o internas no declaradas por el paciente.

CONCLUSIÓN

En un contexto de incidencia manifiesta de la diversidad sociocultural en las expectativas del paciente, la traducción y validación de la HOPE-P-S constituye un hito significativo para la atención hospitalaria centrada en el paciente. La importancia se fundamenta en los resultados del estudio; pues confirman la validez estructural y la confiabilidad de la escala en el ámbito peruano; además de otorgarle un gran potencial dentro del sistema de gestión de la salud y posibilitar el óptimo abordaje de las expectativas de los pacientes en un sistema sanitario donde son manifiestas las desigualdades de salud, tanto en su acceso como en la misma prestación del servicio de atención, todo ello aunado a las barreras culturales que inciden en la complejidad multidimensional del constructo. El estudio permite pasar del análisis de las expectativas y su evaluación y más bien permite dilucidar que la HOPE-P-S sienta las bases para diseñar intervenciones destinadas a perfeccionar la comunicación médico-paciente y afinar la coherencia entre las perspectivas de ambas partes, lo cual podría reflejarse en mayores niveles de satisfacción y mejores resultados clínicos.

No obstante, se hacen patentes varias limitaciones que deberán atenderse en posteriores pesquisas, en particular, la representatividad restringida del muestreo y la dependencia de autoinformes. Futuros estudios podrían indagar la validez predictiva de la HOPE-P-S en diversos entornos clínicos y examinar hasta qué punto su aplicación podría guiar la formulación de políticas públicas orientadas a fortalecer la calidad de la atención hospitalaria, siempre con el objetivo de integrar plenamente las dimensiones humanas y culturales en la práctica sanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alkhamees, M., Lea, J., Islam, M. S., Alasqah, I., Alzghaibi, H., Alharbi, M. F., Albejaidi, F., Mughal, Y. H., & Parker, V. (2023). A Qualitative Investigation of Factors Affecting Saudi Patients' Communication Experience with Non-Saudi Physicians in Saudi Arabia. *Healthcare (Switzerland)*, 11(1). <https://doi.org/10.3390/healthcare11010118>
- Allaire, J. J. (2018). *RStudio: Integrated development environment for R* (pp. 165–17). RStudio, Inc.
- Berry, H., Bloom, B., Fernandes, L., Molloy, M., Mace, B. E., Williams, I. A., & Hamilton, E. B. (1980). Expectation and patient preference, does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 73(1). <https://doi.org/10.1177/014107688007300108>
- Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, K. R., Kenten, C., Howe, A., & Francis, S. A. (2012). The measurement of patients' expectations for health care: A review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. In *Health Technology Assessment* (Vol. 16, Issue 30). <https://doi.org/10.3310/hta16300>
- Cano-Plans, S., Lacueva-Pérez, L., Cabrera-Torres, E., & Zabalegui, A. (2017). Validación de la versión española: Expectativa y conocimiento recibido del paciente hospitalizado. *Aquichan*, 17(3). <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.3.6>
- Cheung, F. M., Leung, K., Zhang, J. X., Hai-Fa, S., Yi-Qun, G., Song, W. Z., & Dong, X. (2001). Indigenous Chinese personality constructs is the five-factor model complete? *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32(4). <https://doi.org/10.1177/0022022101032004003>
- Cockle, S., & Ogden, J. (2022). Patients' expectations of cancer treatment and their perceived link to subsequent experiences: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 27(2). <https://doi.org/10.1111/bjhp.12544>
- Constantino, M. J., Visla, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2018). A Meta-Analysis of the Association between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy*, 55(4). <https://doi.org/10.1037/pst0000169>
- Correa, T., & Pavez, I. (2016). Digital Inclusion in Rural Areas: A Qualitative Exploration of Challenges Faced by People From Isolated Communities. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 21(3). <https://doi.org/10.1111/jcc4.12154>
- El-Haddad, C., Hegazi, I., & Hu, W. (2020). Understanding Patient Expectations of Health Care: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience*, 7(6). <https://doi.org/10.1177/2374373520921692>

- Faiman, B., & Tariman, J. (2019). Shared Decision Making: Improving Patient Outcomes by Understanding the Benefits of and Barriers to Effective Communication. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(5), 540–542. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.540-542>
- Ferreira, D. C., Vieira, I., Pedro, M. I., Caldas, P., & Varela, M. (2023). Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. In *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 11, Issue 5). <https://doi.org/10.3390/healthcare11050639>
- Figaro, M. K., Williams-Russo, P., & Allegrante, J. P. (2005). Expectation and outlook: The impact of patient preference on arthritis care among African Americans. *Journal of Ambulatory Care Management*, 28(1). <https://doi.org/10.1097/00004479-200501000-00006>
- George, D., & Paul Mallery, with. (2003). SPSS for Windows Step by Step A Simple Guide and Reference Fourth Edition (11.0 update) Answers to Selected Exercises. *A Simple Guide and Reference*, 63.
- Gessesse, A. G., Haile, J. M., & Woldearegay, A. G. (2024). Examining patient experiences and preferences in receiving bad news in Ethiopian state hospitals. *Discover Social Science and Health*, 4(1), 65. <https://doi.org/10.1007/s44155-024-00125-w>
- Green, A. H., Alter, T. H., Varghese, B. B., Ferrera, F., Doss, T., Hawes, J., Frias, G. C., Guerrero, K. D., Tawfik, A. M., Katt, B. M., & Monica, J. T. (2024). Evaluation of Patient Expectations and Outcomes after Distal Radius Fractures. *HAND*. <https://doi.org/10.1177/15589447241243063>
- Habibović, M., Pedersen, S. S., Van Den Broek, K. C., & Denollet, J. (2014). Monitoring treatment expectations in patients with an implantable cardioverter-defibrillator using the EXPECT-ICD scale. *Europace*, 16(7). <https://doi.org/10.1093/europace/euu006>
- Halawi, M. J., Vovos, T. J., Green, C. L., Wellman, S. S., Attarian, D. E., & Bolognesi, M. P. (2015). Preoperative pain level and patient expectation predict hospital length of stay after total hip arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 30(4). <https://doi.org/10.1016/j.arth.2014.10.033>
- Kim, J. K., Al-Dhafer, B., Shin, Y. H., & Joo, H. S. (2023). Effect of pre-treatment expectations on post-treatment expectation fulfillment or outcomes in patients with distal radius fracture. *Journal of Hand Therapy*, 36(1). <https://doi.org/10.1016/j.jht.2021.04.023>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (Cuarta Ed.). Guilford Press.

- Kusnanto, H., Agustian, D., & Hilmanto, D. (2018). Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(3). https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_145_17
- Laferton, J. A. C., Kube, T., Salzmann, S., Auer, C. J., & Shedden-Mora, M. C. (2017). Patients' Expectations Regarding Medical Treatment: A Critical Review of Concepts and Their Assessment. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00233>
- Lahri, M., Kumar, S., Mitra, A., & Singh, G. (2022). Is the unrealistic expectation of getting cured related to poor treatment adherence among Indian Asthma patients? A hospital based mixed methods study from central India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(6). https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1457_21
- Mameli, F., Zirone, E., Girlando, R., Scagliotti, E., Rigamonti, G., Aiello, E. N., Poletti, B., Ferrucci, R., Ticozzi, N., Silani, V., Locatelli, M., Barbieri, S., & Ruggiero, F. (2023). Role of expectations in clinical outcomes after deep brain stimulation in patients with Parkinson's disease: a systematic review. In *Journal of Neurology* (Vol. 270, Issue 11). <https://doi.org/10.1007/s00415-023-11898-6>
- Marchant-Haycox, S., Liu, D., Nicholas, N., & Salmon, P. (1998). Patients' expectations of outcome of hysterectomy and alternative treatments for menstrual problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(3). <https://doi.org/10.1023/A:1018721117588>
- McDonald, R. P. (1999). *Test Theory: A United Treatment*. Lawrence Erlbaum.
- Mercado, R., Constantoyannis, C., Mandat, T., Kumar, A., Schulzer, M., Stoessl, A. J., & Honey, C. R. (2006). Expectation and the placebo effect in Parkinson's disease patients with subthalamic nucleus deep brain stimulation. *Movement Disorders*, 21(9). <https://doi.org/10.1002/mds.20935>
- Miller, F. G., Colloca, L., & Kaptchuk, T. J. (2009). The placebo effect: Illness and interpersonal healing. In *Perspectives in Biology and Medicine* (Vol. 52, Issue 4). <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0115>
- Montori, V. M., Ruissen, M. M., Hargraves, I. G., Brito, J. P., & Kunneman, M. (2023). Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28(4). <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2022-112068>
- Mooiweer, Y., Roling, L., Vugrin, M., Ansmann, L., Stevens, M., & Seeber, G. H. (2024). Influence of patients' preoperative expectations on postoperative outcomes after total knee or hip arthroplasty: a systematic review. In *EFORT Open Reviews* (Vol. 9, Issue 2). <https://doi.org/10.1530/EOR-23-0087>
- Muthen, L., & Muthen, B. (2017). *Mplus Statistical Analysis with latent variables. User's guide* (8th ed.). Muthén & Muthén.

- Nehama, Y., Rabinowitz, I., Baruch, Y., Mandel, A., Lurie, I., & Barak, Y. (2014). Debunking the placebo effect in depression: The effect of patient and investigator expectation on escitalopram efficacy. *International Clinical Psychopharmacology*, 29(2). <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000013>
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I. (1994). Psychometric theory. In Psychometric theory. McGraw-Hill, Inc.
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40(7). [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)
- Oweis, Y., Ereifej, N., Al-Asmar, A., & Nedal, A. (2022). Factors Affecting Patient Satisfaction with Complete Dentures. *International Journal of Dentistry*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/9565320>
- Roscoe, J. A., Bushunow, P., Morrow, G. R., Hickok, J. T., Kuebler, P. J., Jacobs, A., & Banerjee, T. K. (2004). Patient expectation is a strong predictor of severe nausea after chemotherapy: A University of Rochester community clinical oncology program study of patients with breast carcinoma. *Cancer*, 101(11). <https://doi.org/10.1002/cncr.20718>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 1–36. <https://doi.org/10.18637/JSS.V048.i02>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2016). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling* (4th ed.). Taylor & Francis.
- Sivakumar, I., Sajjan, S., Ramaraju, A. V., & Rao, B. (2015). Changes in Oral Health-Related Quality of Life in Elderly Edentulous Patients after Complete Denture Therapy and Possible Role of their Initial Expectation: A Follow-Up Study. *Journal of Prosthodontics*, 24(6). <https://doi.org/10.1111/jopr.12238>
- Sondermann, W., Reinboldt-Jockenhöfer, F., Dissemmond, J., Pfaar, O., Bingel, U., & Schedlowski, M. (2021). Effects of Patients' Expectation in Dermatology: Evidence from Experimental and Clinical Placebo Studies and Implications for Dermatologic Practice and Research. In *Dermatology* (Vol. 237, Issue 6). <https://doi.org/10.1159/000513445>
- van Rijswijk, A. S., Evren, I., Geubbels, N., Hutten, B. A., Acherman, Y. I. Z., van der Peet, D. L., & Bruin, S. C. (2021). Outcome expectation and risk tolerance in patients seeking bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 17(1). <https://doi.org/10.1016/j.soard.2020.08.020>
- Verheul, W., Sanders, A., & Bensing, J. (2010). The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient Education and Counseling*, 80(3). <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.017>

- Voineskos, D., Daskalakis, Z. J., & Blumberger, D. M. (2020). Management of treatment-resistant depression: Challenges and strategies. In *Neuropsychiatric Disease and Treatment* (Vol. 16). <https://doi.org/10.2147/NDT.S198774>
- Wu, D., Lowry, P. B., Zhang, D., & Tao, Y. (2022). Patient Trust in Physicians Matters—Understanding the Role of a Mobile Patient Education System and Patient-Physician Communication in Improving Patient Adherence Behavior: Field Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(12). <https://doi.org/10.2196/42941>
- Xiao, C., Wu, A., Wang, Y., Li, T., Duan, Y., Jiang, Y., Shi, L., Hong, X., Geng, W., Li, J., Du, J., Hu, J., Cao, J., & Wei, J. (2023a). Development and psychometric validation of the hospitalized patients' expectations for treatment scale-patient version. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1201707>
- Xiao, C., Wu, A., Wang, Y., Li, T., Duan, Y., Jiang, Y., Shi, L., Hong, X., Geng, W., Li, J., Du, J., Hu, J., Cao, J., & Wei, J. (2023b). Development and psychometric validation of the hospitalized patients' expectations for treatment scale-patient version. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1201707>

ANEXOS

Anexo 1. Traducción

COLEGIO DE TRADUCTORES DEL PERÚ Creado por Ley N° 26684	
Alejandro Hernández Saucedo CTP 0837 TRADUCTOR COLEGIADO CERTIFICADO Español - Francés - Inglés - Italiano Germán Schreiber 246, Oficina 202, San Isidro +51 997177504 ahernandezsucedo@gmail.com	
TRADUCCIÓN CERTIFICADA DIGITAL TCD 0611-2025	
EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO VERSIÓN PARA PACIENTES SEGÚN ESCALA	
	
La Decana Nacional del Colegio de Traductores del Perú certifica que la firma de la derecha corresponde a un miembro habilitado y activo de la Orden que cuenta con la autorización del Colegio de Traductores del Perú para realizar traducciones certificadas digitales. Se legaliza únicamente la firma, no el contenido de los documentos adjuntos.  Mary Ann Eliza Montenegro Medina Decana Nacional del Colegio de Traductores del Perú	El Traductor Colegiado Certificado, miembro del Colegio de Traductores del Perú (CTP) que suscribe, declara que la presente Traducción Certificada Digital es una versión fiel y correcta del documento adjunto que se ha leído a la vista. Se certifica la fidelidad de la traducción, mas no se asume responsabilidad por la autenticidad ni por el contenido del documento en lengua origen.
El ejemplar impreso de este documento es válido según el D.S. N° 006-2016-PCM	

Expectativas de los pacientes hospitalizados con respecto al tratamiento
Versión para pacientes según escala

Subescala	Ítem
A: Expectativa de comunicación médicopaciente	Q1. El médico escucha mis opiniones sobre el tratamiento
	Q2. Durante la hospitalización, el médico me explica detalladamente el estado de la enfermedad y discute conmigo las decisiones médicas
	Q3. Durante la hospitalización, el médico me cuida
B: Expectativa de resultados del tratamiento	Q4. Tras la hospitalización, la enfermedad puede diagnosticarse con certeza
	Q5. Tras la hospitalización, los síntomas pueden mejorar
	Q6. Tras la hospitalización, la enfermedad puede curarse
	Q7. Tras la hospitalización, puedo retomar mis actividades laborales/familiares
	Q8. Tras la hospitalización, puedo cuidar de mí mismo
C: Expectativa de gestión de la enfermedad	Q9. Después de la hospitalización, necesito mantener un tratamiento a largo plazo

Hospitalized patients' expectations for treatment scale patient version

Subscale	Item
A: Doctor–Patient Communication Expectation	Q1. The doctor listens to my opinions on treatment
	Q2. During this hospitalization, the doctor fully explains the state of illness to me and negotiates medical decisions with me
	Q3. During this hospitalization, the doctor is caring
B: Treatment Outcome Expectation	Q4. Through this hospitalization, the disease can be definitely diagnosed
	Q5. Through this hospitalization, symptoms can be improved
	Q6. Through this hospitalization, the disease can be cured
	Q7. Through this hospitalization, I can restore work/family functions
	Q8. Through this hospitalization, I can take care of myself
C: Disease Management Expectancy	Q9. After this hospitalization, I need to maintain long-term treatment

COLEGIO DE TRADUCTORES DEL PERÚ
Creado por Ley N° 26684

Lorena Isis Mendoza Escalante
CTP 1059
TRADUCTORA COLEGIADA CERTIFICADA
Español - Francés - Inglés

MZ I LT 18 URB. NACIONES UNIDAS AV. LAS LOMAS CON AV. REVOLUCIÓN
+51964174379
isis.mendoza1@gmail.com

TRADUCCIÓN CERTIFICADA DIGITAL
TCD 0022-2025

EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON RESPECTO AL TRATAMIENTO
VERSIÓN PARA PACIENTES SEGÚN ESCALA



La Decana Nacional del Colegio de Traductores del Perú certifica que la firma de la derecha corresponde a un miembro fiel y activo de la Orden que cuenta con la autorización del Colegio de Traductores del Perú para realizar traducciones certificadas digitales. Se legaliza únicamente la firma, no el contenido de los documentos adjuntos.


Mary Ana Elías Montenegro Medina
Decana Nacional del Colegio de Traductores del Perú

La Traductora Colegiada Certificada, miembro del Colegio de Traductores del Perú (CTP) que suscribe, declara que la presente Traducción Certificada Digital es una versión fiel y correcta del documento adjunto que se ha tenido a la vista. Se certifica la fidelidad de la traducción, mas no se asume responsabilidad por la autenticidad ni por el contenido del documento en lengua origen.

El ejemplar impreso de este documento es válido según el D.S. n° 036-2018-PCM.

Expectativas de los pacientes hospitalizados con respecto al tratamiento
Versión para pacientes según escala

Subescala	Ítem
A: Expectativa de comunicación médicopaciente	Q1. El médico escucha mis opiniones sobre el tratamiento
	Q2. Durante la hospitalización, el médico me explica detalladamente el estado de la enfermedad y discute conmigo las decisiones médicas
	Q3. Durante la hospitalización, el médico me cuida
B: Expectativa de resultados del tratamiento	Q4. Tras la hospitalización, la enfermedad puede diagnosticarse con certeza
	Q5. Tras la hospitalización, los síntomas pueden mejorar
	Q6. Tras la hospitalización, la enfermedad puede curarse
	Q7. Tras la hospitalización, puedo retomar mis actividades laborales/familiares
	Q8. Tras la hospitalización, puedo cuidar de mí mismo
C: Expectativa de gestión de la enfermedad	Q9. Después de la hospitalización, necesito mantener un tratamiento a largo plazo

Hospitalized patients' expectations for treatment scale patient version

Subscale	Item
A: Doctor-Patient Communication Expectation	Q1. The doctor listens to my opinions on treatment
	Q2. During this hospitalization, the doctor fully explains the state of illness to me and negotiates medical decisions with me
	Q3. During this hospitalization, the doctor is caring
B: Treatment Outcome Expectation	Q4. Through this hospitalization, the disease can be definitely diagnosed
	Q5. Through this hospitalization, symptoms can be improved
	Q6. Through this hospitalization, the disease can be cured
	Q7. Through this hospitalization, I can restore work/family functions
	Q8. Through this hospitalization, I can take care of myself
C: Disease Management Expectancy	Q9. After this hospitalization, I need to maintain long-term treatment

Anexo 2. Versión consensuada y versión final

<i>Versión preliminar</i>	<i>Versión final HOPE-P-S</i>
<i>A: Expectativa de comunicación médico-paciente</i>	<i>A: Expectativa de comunicación médico-paciente</i>
El médico escucha mis opiniones sobre el tratamiento	El médico escucha mis opiniones sobre el tratamiento.
Durante esta hospitalización, el médico explica completamente el estado de mi enfermedad y evalúa negocia decisiones médicas conmigo.	Durante esta hospitalización, el médico explica completamente el estado de mi enfermedad y negocia decisiones médicas conmigo.
Durante esta hospitalización, el médico muestra cuidado y preocupación.	Durante esta hospitalización, el médico muestra cuidado y preocupación.
<i>B: Expectativa sobre el tratamiento</i>	<i>B: Expectativa sobre el tratamiento</i>
Durante esta hospitalización, la enfermedad puede ser diagnosticada definitivamente	Durante esta hospitalización, la enfermedad puede ser diagnosticada definitivamente
Durante esta hospitalización, los síntomas pueden mejorar	Durante esta hospitalización, los síntomas pueden mejorar
Durante esta hospitalización, la enfermedad puede ser curada	Durante esta hospitalización, la enfermedad puede ser curada
Durante esta hospitalización, puedo restaurar las funciones laborales/familiares	Durante esta hospitalización, puedo restaurar las funciones laborales/familiares
Durante esta hospitalización, puedo cuidar de mí mismo	Durante esta hospitalización, puedo cuidar de mí mismo

ANEXO 3: Evidencia de sumisión de artículo a revista

Journal of Primary Care & Community Health

SageTrack

Home

Author

Review

Author Dashboard

Author Dashboard

1 Unsubmitted and Manuscripts in Draft

1 Submitted Manuscripts

22 Manuscripts with Decisions

4 Manuscripts I Have Co-Authored

Start New Submission

5 Most Recent E-mails

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
 Contact Journal ADM: Raina, Ikashi	JPC-25-0098	Adaptation and Validation of a Treatment Expectations Scale for Hospitalized Patients Spanish Patient Version View Submission	25-Feb-2025	25-Feb-2025
• Awaiting Admin Processing				

ANEXO 4: Copia de la resolución de inscripción del perfil de proyecto de Tesis



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

RESOLUCIÓN N° 0200-M-2024/UPEU-FCS-CF

Lima, Ñaña, 04 de diciembre de 2024

VISTO:

El expediente de **KAROL JOSEPHINE GONZALES VALDIVIA**, identificado (a) con código universitario N° 201710024 de la Escuela Profesional de Medicina, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión;

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la aprobación e inscripción del perfil de proyecto de tesis en formato artículo y la designación o nombramiento del asesor para la obtención del título profesional;

Que **KAROL JOSEPHINE GONZALES VALDIVIA**, ha solicitado: la inscripción del perfil de proyecto de tesis titulado **"Traducción y validación de una escala de las expectativas de tratamiento de los pacientes hospitalizados - versión paciente, 2024"** y la designación del Asesor, encargado de orientar y asesorar la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo;

Estando a lo acordado en la sesión del Consejo de la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 28 de noviembre de 2024, y en aplicaciones del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

Aprobar el perfil de proyecto de tesis en formato artículo titulado **"Traducción y validación de una escala de las expectativas de tratamiento de los pacientes hospitalizados - versión paciente, 2024"** y disponer su inscripción en el registro correspondiente, designar al **Dr. Morales García Wilter Charmin** como **ASESOR** para que oriente y asesore la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo el cual fue dictaminado por: **Mg. Segura Chavez Luis Felipe** y **Dr. Salomon Huancahuire Vega** otorgándoles un plazo máximo de doce (12) meses para la ejecución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



CC:

- Informado
- Asesor
- Dirección General de Investigación
- Archivo

Dra. Lili Albertina Fernandez Molochio
DECANA



Mg. Maria Esther Valencia Orrillo
SECRETARIA ACADEMICA



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

RESOLUCIÓN N° 0201-M-2024/UPEU-FCS-CF

Lima, Naña, 04 de diciembre de 2024

VISTO:

El expediente de **KATHERINE YESSSENIA ÑAUPA TITO**, identificado (a) con código universitario N° 201321561 de la Escuela Profesional de Medicina, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión;

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la aprobación e inscripción del perfil de proyecto de tesis en formato artículo y la designación o nombramiento del asesor para la obtención del título profesional;

Que **KATHERINE YESSSENIA ÑAUPA TITO**, ha solicitado: la inscripción del perfil de proyecto de tesis titulado **"Traducción y validación de una escala de las expectativas de tratamiento de los pacientes hospitalizados - versión paciente, 2024"** y la designación del Asesor, encargado de orientar y asesorar la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo;

Estando a lo acordado en la sesión del Consejo de la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 28 de noviembre de 2024, y en aplicaciones del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

Aprobar el perfil de proyecto de tesis en formato artículo titulado **"Traducción y validación de una escala de las expectativas de tratamiento de los pacientes hospitalizados - versión paciente, 2024"** y disponer su inscripción en el registro correspondiente, designar al **Dr. Morales García Wilter Charmin** como ASESOR para que oriente y asesore la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo el cual fue dictaminado por: **Mg. Segura Chavez Luis Felipe** y **Dr. Salomon Huancahuire Vega** otorgándoles un plazo máximo de doce (12) meses para la ejecución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Lili Albertina Fernandez Molocho
DECANA

cc:
- Interesado
- Asesor
- Dirección General de Investigación
- Archivo



Mg. Maria Esther Valencia Orrillo
SECRETARIA ACADÉMICA

EVO

ANEXO 5: Constancia aprobación de comité de ética de Universidad Peruana Unión



Lima, Ñaña, 26 de noviembre de 2024

EL COMITÉ DE ÉTICA Y BIOÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTA

Que el proyecto de investigación de **Karol Josephine Gonzales Valdivia** identificado (a) con DNI No. 201710024 y **Katherine Yessenia Ñaupá Tito** identificado (a) con DNI No. 201321561 y su asesor (a) el **Dr. Wilter Charming Morales García** identificado (a) con DNI No 46061588 con el título: **"Traducción y validación de una escala de las expectativas de tratamiento de los pacientes hospitalizados - versión paciente, 2024"**, fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética y Bioética de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; considerando su calidad científica, bienestar de los participantes, y en conformidad con los estándares éticos establecidas en el Código de ética para la Investigación de la Universidad Peruana Unión (CoEIn - UPeU).

Para mantener la aprobación del Comité de Ética y Bioética, se tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

1. Cada participante debe dar su consentimiento informado. Los menores de edad deben registrar su asentimiento informado bajo el consentimiento de uno de sus padres o tutores legales, en caso de trabajos prospectivos. En caso de trabajos retrospectivos, se debe contar con la carta de autorización de la institución para el uso de los datos, si no es de acceso público.

Los resultados de este proyecto puedan ser publicados con referencia a aprobación Número **2024-CEB-FCS - UPeU-N°260**

Fecha de aprobación: 2024-noviembre -19
Fecha de expiración: 2025- noviembre -19



B^{no}. José Luis Yareta Yareta
Presidente
Comité de Ética y Bioética - FCS



E^c. Daysi Brañez Hermitaño
Secretaria
Comité de Ética y Bioética - FCS

Villa Unión – Ñaña, altura Km. 19 de la Carretera Central, Lurigancho-CHOSICA, Lima 15, Perú
Teléfono (01) 618-6300 Fax: 6186339 Casilla 3564 Web: www.upu.edu.pe Email: universidadperuanunion@upu.edu.pe

ANEXO 6: Cuestionario

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

CUESTIONARIO

Expectativas de tratamiento de los pacientes hospitalizados - versión paciente, 2024.

Hola, nuestros nombres son Karol Josephine Gonzales Valdivia y Katherine Yessenia Ñaupá Tito, estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina, Carrera Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

Este cuestionario tiene como propósito comprender mejor las expectativas de los pacientes hospitalizados sobre el tratamiento que reciben, con el fin de mejorar la calidad de la atención médica en un hospital o clínica de salud. Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo, puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a karolgonzalesv@upeu.edu.pe

He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento expreso e inequívoco para participar libre y voluntariamente en este estudio.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: ____

Sexo: Masculino (), Femenino ().

Nivel de Instrucción:

Primaria (), Secundaria (), Superior (),

Tipo de Hospitalización: Áreas comunes ()

Tiempo de Hospitalización:

Menos de 1 día (), 1 a 2 días (), 3 a 5 días (), Más de 7 días ().

Área de Hospitalización:

Ginecología y Obstetricia (), Cirugía General () Cirugía de Tórax y Cardiovascular (),
Traumatología (), Medicina Interna ().

Nivel Socioeconómico:

Extrema pobreza (), Pobreza moderada (), Clase Media (), Nivel alto ().

Instrucciones: El cuestionario consta de nueve (9) preguntas (Q), usando la escala de uno (1) a cinco (5) donde: **1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = en desacuerdo y 5 = muy en desacuerdo**, según su criterio y experiencia o vivencia, usted **MARQUE con una equis (X)** donde considera pertinente.

Subescala Item	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
A: Expectativa de Comunicación Médico-Paciente					
Q1. El médico escucha mis opiniones sobre el tratamiento	1	2	3	4	5
Q2. El médico explica completamente el estado de la enfermedad y negocia	1	2	3	4	5
Q3. Durante esta hospitalización, el médico es atento	1	2	3	4	5
B: Expectativa del Resultado del Tratamiento					
Q4. La enfermedad puede ser diagnosticada definitivamente	1	2	3	4	5
Q5. Los síntomas pueden mejorar	1	2	3	4	5
Q6. La enfermedad puede ser curada	1	2	3	4	5
Q7. Puedo restaurar las funciones laborales/familiares	1	2	3	4	5
Q8. Puedo cuidar de mí mismo	1	2	3	4	5
C: Expectativa de Manejo de la Enfermedad					
Q9. Necesito mantener un tratamiento a largo plazo	1	2	3	4	5

Gracias por su participación.