



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**COMPROMISO PATERNO EN PADRES VARONES DE NIÑOS CON CÁNCER  
DE ENTRE TRES A CINCO AÑOS DE EDAD**

Tesis para optar el título de Licenciatura en Psicología con mención en Psicología Clínica  
que presenta la Bachillera:

CARMEN LIUBA RAMÍREZ CÁRDENAS

ASESORA: LUCIANA CABALLERO TALAVERA

**LIMA – PERÚ**

**2014**

*“Normalmente el hombre es quien trabaja y no pasa mucho tiempo con sus hijos... Yo antes salía muy temprano a trabajar y llegaba tarde, sólo veía un ratito a mis hijos; pero ahora todo ha cambiado, uno tiene que darse a sus hijos en más del 100%”*

(Padre de Fabrizio, niño de 5 años diagnosticado con Leucemia).

## AGRADECIMIENTOS

A mi padre, por enseñarme cada día a seguir adelante, sin importar cuántas veces uno se caiga.

A mi madre, por darme todo el amor, comprensión y confianza para seguir adelante a pesar de las dificultades para lograr este proyecto.

A mi hermano, que con su chispa única logró robarme sonrisas en los momentos más difíciles durante este proceso.

A Lili, por ser una gran abuela, y el mejor ejemplo de perseverancia, dedicación y amor.

A Luciana, por ser amiga, compañera y maestra ejemplar durante todo este tiempo.

A Tommy, por ayudarme a contactar con los padres de los niños con cáncer que participaron de este estudio. Y sobre todo por la disponibilidad y el cariño sincero de cada mañana al llegar al hospital.

A Henry, porque sin su ayuda hubiese sido complicado culminar con parte esencial del trabajo.

A Fabiola y Juana, por ser las amigas incondicionales y confiar siempre en mi trabajo.

Al CEMDUC, por brindarme un espacio para realizar una de las actividades que más disfruto, que me sirvió para recargarme de energías y continuar con este proyecto.

A Alexander, Omar y Joyce por enseñarme dos cosas que nunca olvidaré: a luchar siempre como un león y nunca dejar de disfrutar de las experiencias que la vida nos regala, a pesar de las dificultades que se nos presenten. Y es por eso que siempre estarán conmigo porque como dijo Omar un día: “me puedo ir físicamente, pero mientras me recuerden jamás me habré ido”.

A Magaly Noblega, por todos sus aportes y comentarios.

A Paula, directora del centro educativo en el que se evaluó al segundo grupo de padres.

Y sobre todo a cada uno de los padres participantes, por acceder a la evaluación y compartir conmigo parte de su experiencia de paternidad.

## Resumen

### Compromiso paterno en padres varones de niños con cáncer de entre tres a cinco años

Esta investigación tiene como objetivo describir las características del compromiso paterno en padres varones de niños con cáncer, así como comparar los niveles de compromiso paterno entre este primer grupo y un grupo de padres varones de niños sanos. El primer grupo de padres tenía entre 25 y 50 años ( $M = 35.17$ ,  $DE = 6.80$ ), quienes tenían 13 niños y 17 niñas que venían recibiendo tratamiento ambulatorio por padecer de cáncer. En cuanto al segundo grupo de padres, quienes tenían entre 22 y 46 años ( $M = 35.7$ ,  $DE = 6.39$ ) y tenían 18 niñas y 12 niños que asistían a un Centro Educativo Inicial de Lima Metropolitana. Se evaluó a ambos grupos de padres con el Cuestionario de Compromiso Paterno y las Frases Incompletas de Domecq (2010). Los resultados indican que el grupo de padres de niños con cáncer presentan *mayor nivel* de Compromiso paterno que el grupo de Padres de niños aparentemente sanos, por lo que se podría indicar que el padecimiento de una enfermedad estaría fortaleciendo las habilidades de los padres para responder a las demandas de sus hijos.

Palabras clave: Compromiso Paterno, cáncer.

### Abstract

#### Father involvement of children with cancer with ages between 3 and 5 years old

This research aims to describe the characteristics of father involvement in children with cancer and to compare levels of father involvement between this first group and a group of fathers with healthy children. The first group of parents was between 25 and 50 years old ( $M = 35.17$ ,  $SD = 6.80$ ), and their children were 13 boys and 17 girls with cancer who were receiving outpatient treatment. And the second group of parents, were between 22 and 46 years old ( $M = 35.7$ ,  $SD = 6.39$ ) and have 18 girls and 12 boys who study in an Initial Education Center in Lima. We evaluated those groups of fathers with the Father Involvement Questionnaire and with the Incomplete Phrases by Domecq (2010). The results indicate that fathers with a child with cancer have a higher level of father involvement than the group of fathers who have a healthy child, so the condition of a disease would improve father skills for responding to children's demands.

Keywords: Father Involvement, cancer.

## Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Método.....	13
Participantes.....	13
Medición.....	14
Procedimiento.....	17
Resultados.....	19
Discusión.....	25
Referencias.....	31
Anexos.....	39
Consentimiento informado.....	41
Ficha para grupo de padres de niños con cáncer.....	43
Ficha para grupo de padres de niños aparentemente sanos.....	45
Prueba de normalidad del puntaje global de compromiso paterno y casa una de las áreas para ambos grupos de estudio.....	47



El Compromiso Paterno es la puesta en práctica de las habilidades del padre de sexo masculino para involucrarse en las tareas de cuidado de su hijo, siendo ello importante para el desarrollo emocional y social del niño (Domecq, 2010 y Grolnick, 1989). Además, se puede describir como un compromiso paterno *directo*, cuando el padre ejerce un *rol activo* en el cuidado de su hijo, al brindarle seguridad emocional y económica, así como también al involucrarse en las tareas de alimentación, cuidado de la salud, educación, recreación y disciplina del niño. Mientras que, se describe como un compromiso paterno *indirecto* cuando el padre tiene un involucramiento pasivo en las actividades del niño, pero brinda soporte emocional y económico a la madre, quien en este caso asume el rol activo de cuidado del hijo (Gottman y DeClaire, 1997, Palkovitz, 2002 y Saraff y Srivastava, 2010).

Con el fin de estudiar el Compromiso Paterno, Lamb, Pleck, Charonv y Levine (1987) plantean tres dimensiones que lo componen: *Compromiso* (Engagement), *Disponibilidad* (Accessibility) y *Responsabilidad* (Responsability).

En cuanto a la dimensión de *Compromiso*, también denominada Interacción, se refiere al nivel de atención que el padre le brinda a su hijo; ello implica la capacidad del padre para involucrarse en las actividades lúdicas y recreativas de su niño, además de su habilidad para encargarse del cuidado de la limpieza, salud y alimentación de su hijo.

Por otro lado, la *Disponibilidad* o *Accesibilidad* describe la disposición física y emocional que le brinda el padre a su hijo. Con respecto a la *disposición física*, ésta se refiere a la cantidad y calidad de tiempo que el padre comparte con el niño, lo cual se puede apreciar en la presencia activa del padre durante la interacción con el mismo, que favorecerá el crecimiento y desarrollo de habilidades sociales en su hijo (Barudy y Dantagnan, 2005, Coleman, 2004 & Frascarolo, 2004). Así mismo, la *disposición emocional* se puede observar en la interacción del padre con el niño durante sus experiencias emocionales e implica la habilidad del padre para regular sus propias emociones y transmitir sentimientos positivos a su hijo; como también, la capacidad para enseñar al niño a reconocer sus propias emociones positivas y negativas, regularlas y expresarlas de manera adecuada (Barudy y Dantagnan, 2010).

La importancia de que esta dimensión se presente de manera óptima en un padre se pudo observar en un estudio realizado en la ciudad de Gotemburgo en Suecia, en el que se identificó la influencia de la *disponibilidad* o *accesibilidad* paterna en los hijos pequeños



de 51 parejas de padres “primerizos”. A partir de un estudio longitudinal se pudo determinar que aquellos padres varones que mantuvieron una disponibilidad activa, acompañada de demostraciones de afecto positivo hacia el niño durante sus primeros años de vida, obtuvieron un mayor reconocimiento de los niños años más tarde. Es decir, los niños mostraron preferencia para compartir espacios de juego con el padre, quien se mostraba siempre dispuesto a compartir y jugar con ellos (Lamb, Frodi, Hwang y Ann Frodi, 1983).

Por último, con respecto a la dimensión de *responsabilidad*, esta describe el grado en el que el padre asume el cuidado de su niño y se preocupa por su bienestar, respondiendo a las necesidades básicas de su hijo (alimentación, vestimenta y salud), así como también la preocupación del padre para capacitarlo e instruirlo.

Ahora bien, podemos indicar que un padre tendría un nivel óptimo de compromiso en la medida en que éste busca propiciar espacios de interacción con su hijo para brindarle afecto, cuidado y la ayuda necesaria para fomentar su adecuado desarrollo. Así lo sugieren Dubowitz, Black, Cox, Kerr, Litrownik, Radhakrishna y Runyan (2001) tras realizar un estudio en Estados Unidos con un grupo de padres de 855 niños de seis años de edad, en el cual se encontró que la presencia y participación del padre en las actividades con su hijo se asocian positivamente con un mejor desarrollo cognitivo en los niños, quienes se perciben como más competentes para hacer frente a las demandas de su entorno, ya que la presencia y compromiso del padre les brinda mayor seguridad emocional y un fuerte sentido de competencia social. Así mismo, Amato (1994), Biller (1993), Gottfried, Gottfried y Bathurst (2013) indican que altos niveles de compromiso paterno están relacionados de manera positiva con el desarrollo intelectual y habilidades empáticas de los niños, ya que se ha encontrado que la cercanía del padre en el cuidado y educación de los hijos es un factor importante para fomentar el autoestima y confianza de los menores.

Hasta el momento nos hemos enfocado en la descripción teórica del constructo de Compromiso Paterno para una mejor comprensión del mismo, pero resulta necesario puntualizar en la forma cómo los padres de sexo masculino en Latinoamérica estarían cumpliendo con sus funciones paternas. La paternidad en nuestro continente ha sufrido cambios históricos y culturales a partir de la incursión femenina en el ámbito laboral que ha provocado cambios en los roles de género que asumen hombres y mujeres dentro de la



familia, por lo que las tareas de cuidado de los hijos ya no son tarea exclusiva de la mujer. De esta manera, se puede indicar que actualmente los padres latinoamericanos se muestran más comprometidos con la crianza de sus hijos (Fuller, 2000; Olvarria, 2000 y Feldman, 2003), lo cual es corroborado en el estudio realizado por Domenech-Rodriguez, Donovan y Crowley (2009) quienes indican que el 61% de los padres latinoamericanos se involucran en las tareas de sus hijos y la forma cómo cumplen con estas funciones está caracterizada por la calidez y el cuidado de su compromiso.

En el caso específico de nuestro país, son escasos los estudios que se han realizado para indagar la interacción padre-hijo. Por un lado, Kantor (2003, En Arteaga, 2010) indica la presencia de altos niveles de misoginia (o la falta de capacidad para vincularse y comprometerse en el ejercicio adecuado de la paternidad) en padres y madres pertenecientes a los diferentes sectores del Perú (populares, medios y altos). Sin embargo, Domecq (2010) refiere que un grupo de padres de niños en edad pre-escolar se encuentra comprometido con el desarrollo integral de sus hijos, ya que alcanzaron puntuaciones que los ubican en un nivel alto dentro de la Escala de Compromiso Paterno. Del mismo modo, Marinelli (2012) encontró que un grupo de padres peruanos de niños entre 48 a 68 meses de edad cuentan con la capacidad para reconocer las necesidades (emocionales, cognitivas y sociales) de su hijo, por lo que pueden responder de manera adecuada a las mismas.

Como se mencionó anteriormente, para entender el ejercicio de la paternidad se debe tomar en cuenta los diferentes factores que culturales, sociales e históricos que influenciaron sobre esta tarea. Estos factores están referidos, por un lado, a las características del padre, y es en este sentido que Lamb, et al. (1987) plantean un Modelo de Determinantes del Compromiso Paterno que comprende: la *motivación*, las *habilidades* y *confianza en sí mismo*, el *soporte social* y *estrés*, y *los factores institucionales*.

En cuanto al primer factor, *motivación*, los autores refieren que éste abarca el interés de los padres para involucrarse en las tareas y demandas de sus hijos; es decir, se puede hablar de la *intención* del padre de compartir con el hijo. Además, Palkowitz (2002) añade que aquel padre que cuenta con un interés innato para participar de las actividades del niño, podrá interactuar con éste de manera espontánea, ya que ello le brindará satisfacción por el cumplimiento de sus funciones.

Por otro lado, con respecto al segundo factor, las *habilidades y confianza en sí mismo*, este hace referencia a las capacidades con las que cuenta el padre para hacer frente a las necesidades emocionales y biológicas de su hijo, así como percibirse auto-eficaz; es decir, el grado en el que el padre cree ser capaz de atender estas necesidades del niño.

En referencia al tercer factor, *sopORTE social y estrés*, este describe aquel apoyo que puede ser brindado al padre por parte de personas cercanas a él, como su pareja, familiares, amigos y compañeros de trabajo. Además, este factor toma en cuenta el estrés al que se puede ver expuesto el padre cuando no cuenta con este apoyo social.

En relación al cuarto componente, los *factores institucionales*, estos se refieren a las condiciones laborales del padre, como su horario de trabajo y si la cantidad de tiempo libre del que dispone lo dedica a compartir con sus hijos. Al respecto, tanto Saraff y Srivastava (2010) como Jacobs y Kelley (2006) mencionan que en la medida en que el padre tenga horarios de trabajo en los que invierta gran cantidad de horas diarias, asumirá menos tareas de cuidado del niño y de la casa.

Además, en cuanto a los cuatro factores mencionados, es posible indicar que existe una relación entre ellos, lo cual se evidenció en la investigación realizada por Bouchard, Lee, Asgary y Pelletier (2007) en Francia en un grupo de 205 padres varones con un hijo en edad pre-escolar. En dicho estudio se halló que los padres que contaban con una percepción positiva sobre el desempeño de sus capacidades (auto-eficacia) se sentían con mayor motivación para compartir momentos de interacción con sus hijos. Además, los padres presentaron una mayor motivación o interés para cumplir con sus tareas en cuanto al cuidado de su hijo, cuando la madre tenía una percepción positiva del desempeño de sus funciones como padre.

Así mismo, en otra investigación, Jacobs y Kelley (2006) tuvieron como objetivo encontrar la relación (compromiso, disponibilidad y responsabilidad planteadas por Lamb et al, 1987) en 119 diadas de padres varones de niños en edad preescolar. Por un lado, se encontró que la motivación del padre y el rol (activo o no) que desempeña cada dentro de la dinámica familiar influenciarán en su nivel de compromiso paterno. De mismo modo, se observó que cuando el padre mantuvo un rol más activo en el cuidado de su hijo, causándole ello satisfacción personal, el padre presentó una mayor motivación para cumplir con sus funciones paternas. Así también, se halló que la responsabilidad con la que asume

el cuidado del hijo dependerá de sus horarios de trabajo y el de sus parejas; es decir, a más horas de trabajo de las madres, mayor fue el tiempo que los padres dedicaron a las labores domésticas y cuidado de los hijos.

Por otro lado, también se considera la existencia de otros factores de los padres varones que podrían determinar o influenciar sobre el compromiso paterno. Es decir, en la medida en que el ejercicio de la paternidad es entendido como una *función y posición* (De Keijez, 2000) de nuestra variación cultural, del estrato social y de las diferencias étnicas de un mismo país, el desarrollo de la paternidad podrían verse impactado por estas variables culturales, sociales y étnicas.

En referencia a estos factores, se ha visto que el lugar de procedencia de los varones marcaría la forma en cómo éstos desempeñan su rol como padres, ya que las roles de género establecidos en la sociedad y la enseñanza recibida por sus propios padres influenciaría su actual desempeño paterno (Matta, 2006; Hossain, 2005; y Glick, Hanish, Yabiku, Bradley, 2013). Así como lo indica Wong (2013) en un estudio realizado con un grupo de padres hispanos, en el que observó que la decisión de los padres de asumir y participar de la crianza de sus hijos está determinado por una tradición hispana (*familism*) que prioriza la familia sobre las necesidades personales, por lo que los padres focalizarán su atención en cumplir las demandas de la familia.

En este sentido, una de las necesidades que los padres deberán resolver hace referencia al solvento económico de la familia. Entonces, si la necesidad económica es mayor, los padres buscarán cumplir con las necesidades básicas (alimentación, salud y educación) de la familia, y tendrán que dejar de lado el involucramiento activo en la crianza de los hijos (Wong, 2013).

Así mismo, Wong (2013) refiere que el nivel de educación de los padres también marcaría diferencias en el ejercicio de la paternidad; durante un estudio observó que los padres con mayor nivel educativo demostraron mayores niveles de participación en la crianza de sus hijos. Tal como lo indica Domecq (2010) quien encontró altos niveles de compromiso paterno en un grupo de padres que en su mayoría contaban con estudios superiores completos. Sin embargo, Moore (2004) encontró, en un grupo de padres de diferente lugar de procedencia, que aquellos participantes que sólo pudieron culminar con la educación secundaria se mostraron más propensos a cuidar a sus hijos.

Por otro lado, respecto a factores referentes al niño que podrían tener un impacto en el nivel de compromiso paterno, se consideran relevantes la *edad* y el *estado de salud* (Palkovitz, 2002 & McBride, Schoppe, Ho y Rane, 2004).

En cuanto a la *edad*, esta se considera importante ya que el tipo de demandas y necesidades que el niño tenga varía según la etapa de desarrollo en la que se encuentra, y por ende, la respuesta del padre a estas demandas también difiere. En el caso del niño en edad preescolar, comprendida entre los 3 y 5 años, el niño atraviesa por una etapa de *iniciativa* versus *culpa* (Erikson, 1973). Por un lado, la *iniciativa* implica una mayor demanda de parte de los niños para explorar su ambiente y experimentar nuevas actividades que lo ayudarán a desarrollar sus habilidades sociales y fortalecer su imaginación. Mientras que, la *culpa* surge en la medida en que estas nuevas actividades del niño sean aprobadas o rechazadas por su entorno (cuidadores principales, profesores, etc), lo cual contribuirá a que el niño aprenda a regular sus emociones y actos. Entonces, en la medida que los padres son los encargados de brindar el soporte emocional y social a sus hijos, el cumplimiento de su rol tiene un papel primordial durante la etapa preescolar del niño.

Además, es necesario recalcar la importancia que empieza a tomar el rol del padre de sexo masculino en el cuidado del niño durante la edad preescolar. Por un lado, William Bailey (1994) luego de realizar un estudio longitudinal de cuatro años en el que trabajó con 22 familias de Inglaterra, indica que durante los primeros años del niño, serán las madres quienes asuman un rol de cuidado más activo con sus hijos, pero cuando estos se encuentran en la edad pre-escolar, el padre es quien asume de manera directa el cuidado y atención de sus hijos.

En referencia al *estado de salud* del niño, este sería otro factor que impacta sobre la forma en la que los padres cumplen con su tarea de velar por el cuidado integral de sus hijos. En este sentido, el padecimiento de una enfermedad grave o crónica como el cáncer en un niño podría causar una fuerte conmoción emocional y psicológica en el paciente y en los cuidadores primarios, ya que se trata de una enfermedad inesperada e invasiva, que provoca un mal funcionamiento del sistema inmunológico del individuo (Miller, 2009 & Ruda, 1998).

De este modo, la presencia de cáncer en un hijo se torna en una fuente de estrés y frustración para los padres (Bonner, Hardy, Willard y Hutchinson, 2007). Alameda (2009)

y Maurice-Stam (2008) indican al respecto que los padres suelen realizar una asociación directa del cáncer con la muerte, por lo que experimentan sentimientos de desesperanza, culpa y rabia, y ello influirá en la manera de enfrentar el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Ello también tendrá un impacto en la forma en la que padres desarrollen sus tareas de cuidado, como se pudo observar en un estudio realizado en dos familias colombianas que tenían un hijo menor de edad con cáncer que se encontraba hospitalizado en un Centro de Salud de Bogotá. Se halló que tanto los padres como las madres de estos niños se sentían abrumados por la impotencia de sentir que no podían hacer nada para ayudar en la recuperación de sus hijos, por lo cual percibían que no contaban con los recursos suficientes para cumplir con su tarea de cuidadores (González, Fonseca y Jiménez, 2006).

Ahora bien, es importante indicar que no se han realizado estudios que relacionen directamente la forma en que la presencia del cáncer en un hijo puede tener un impacto sobre el nivel de compromiso o involucramiento del padre de sexo masculino, pero existen investigaciones que describen las reacciones que los padres y madres tienen frente al diagnóstico de cáncer y frente al tratamiento de la enfermedad del niño.

Por ejemplo, en cuanto a las tareas que asume cada uno de los padres frente al cuidado de los hijos que padecen de una enfermedad crónica, James, Keegan-Wells, Hinds, Kelly, Bond, Hall, Mahan, Moore, Roll, y Speckhart (2002) indican que la manera en la que el padre perciba la enfermedad marcará el tipo de participación que le brinde a su hijo. Es decir, si la enfermedad es calificada como una situación muy estresante, los varones dejarán al niño enfermo al cuidado de la madre.

Del mismo modo, Clarke (2009) luego de realizar un estudio con un grupo de padres australianos con un hijo con cáncer, sugiere que las madres presentan un mayor rango de abandono de sus actividades laborales para dedicarse al cuidado de su hijo enfermo, atendiendo sus demandas, acompañándolo durante la atención médica, además de cumplir con las tareas en el hogar; por lo que Macchi (1998) plantea que las madres desarrollan conductas de sobreprotección y excesiva tolerancia con sus hijos, mientras que los padres varones dedican mayor esfuerzo para cubrir con los gastos económicos del hogar.



En este sentido, Soler (1996) y Flores (1999) indican que el padre asumirá un rol menos directo en cuanto al cuidado del hijo enfermo, pero tendrá la responsabilidad de tomar las decisiones inmediatas en cuanto a las disposiciones médicas para la intervención de sus hijos; y brindará el apoyo emocional a la madre.

Ahora bien, es importante recalcar que hasta el momento se ha expuesto la forma cómo el diagnóstico de cáncer en un hijo estaría dificultando el cumplimiento de la función paterna. Como explica Soto (1992 en Castro, 2005), el momento del diagnóstico e inicio del tratamiento causará gran conmoción emocional en los padres, quienes al experimentar miedo y frustración no podrán cumplir adecuadamente con sus tareas. Sin embargo, en la medida en que el padre logre superar este impacto emocional, podrá poner en práctica sus habilidades y nuevos recursos para hacer frente a las demandas del niño enfermo y de la familia en general; es decir, logrará adaptarse adecuadamente a esta nueva situación. Por lo que es posible indicar que el padecimiento de cáncer en un hijo podría fortalecer las habilidades de los padres, tal como se observó en un grupo de madres peruanas quienes optimizaron sus recursos para supervisar las actividades de su hijo con cáncer y brindarle la seguridad y el soporte emocional de manera adecuada (Caballero, 2012).

Este proceso de adaptación implicará una serie de cambios en la dinámica familiar y laboral de los padres (Neil-Urban y Jones, 2002 & Brody y Simmons, 2007). En primer lugar, se observó que el padre de un niño que padece cáncer buscará compartir mayor tiempo con su hijo durante el periodo de hospitalización y tratamiento, ya que anteriormente no lo hacía, por lo que buscará flexibilizar sus horas de trabajo para compartir el mayor tiempo posible con su hijo. Además, el padre no sólo buscará estar cerca del hijo, sino que deberá seguir cumpliendo con la tarea de proveedor económico de la familia, lo que lo llevará a buscar trabajo de mayor rentabilidad, pero que impliquen menos horas de trabajo. Así mismo, Rosenberg-Yunger et al. (2013) indican que en vista de que los padres desean compartir mayor tiempo junto al niño enfermo, en ocasiones renunciarán a su centro de labores, por lo que tendrán que acudir a las diferentes asociaciones de ayuda voluntaria que existen en los centros médicos, para recibir la ayuda económica en cuanto medicamentos y albergues en los que se puedan hospedar durante el tratamiento de su niño.

Por otro lado, el niño enfermo demandará mayor cuidado, tiempo y afecto de parte de sus cuidadores principales, por lo que el padre focalizará toda su atención en el niño con cáncer dejando de lado su propia salud (Hovey, 2003). En la medida en que los padres determinan que el niño enfermo requiere la mayor atención de parte de ellos, buscarán la información necesaria sobre la enfermedad, los tratamientos y posibles consecuencias a futuro (James et al., 2002), que les ayudará a comprender y comunicarse mejor con el personal médico, las demandas hospitalarias y las preguntas sobre la enfermedad que realizarán el niño y la familia (Watt y Lynn, 2011).

Así mismo, logran reconocer y diferenciar las capacidades que poseen para hacer frente a la enfermedad del hijo. Por un lado, el padre admite que será el personal hospitalario quien deba encargarse de la atención médica que el niño requiere; por lo que buscará los mejores centros especializados y personal capacitado que en muchas ocasiones implicará realizar largos viajes o mudarse de la ciudad de origen para acceder a la mejor atención (Watt et al., 2011). Por otro lado, en la medida en que asume que no podría brindarle la ayuda médica a su hijo, el padre reconoce que posee las capacidades para brindar el soporte emocional y social al hijo y a la familia en general (James et al., 2002).

Si bien los padres buscarán ser el principal apoyo emocional y económico de su hijo y la familia durante el tratamiento, buscarán recibir el soporte emocional y social de parte de su familia, amigos y entorno más cercano. Es por tal motivo, que los investigadores consideran que frente a la noticia de la enfermedad de un niño, la familia se convierte en un gran equipo que se apoyará emocionalmente y asumirá nuevas tareas dentro del hogar y en relación al tratamiento del niño enfermo (Neil-Urban y Jones, 2002; Brody y Simmons, 2007). Así mismo, se ha encontrado que los padres buscarán este soporte emocional en otros espacios (Watt et al., 2011; Margarita y Josimar Chacín, 2011; Rosenberg-Yunger et al., 2013) como la religión, que les permite reformular los acontecimientos para tener una mirada positiva de la situación, y además, los fortalecerá emocionalmente, brindándoles la fuerza para seguir cumpliendo con sus funciones paternas.

Ahora bien, luego de terminado el período de hospitalización, los padres tendrán que asumir nuevas tareas. En primer lugar, ellos buscarán volver a la rutina diaria en cuanto al aspecto laboral, que les permita seguir siendo el soporte económico de la familia, pero sentirán la necesidad de compartir más tiempo con su hijo en el hogar; por lo que buscarán



trabajos con horarios más flexibles (Neil-Urban y Jones, 2002), ya que tendrán que apoyar al hijo en cuanto al retorno a la vida escolar (Watt et al., 2011). Además, el padre tendrá que asumir otra tarea, percibida como una de las más difíciles, que es lidiar con el miedo a una recaída, o el padecimiento de la enfermedad en algún otro miembro de la familia; por lo cual suelen mostrarse constantemente alertas (hipervigilante) ante cualquier tipo de síntoma o cambio en el hijo enfermo y en los otros hijos (Duran, 2011).

Por último, es importante recalcar que habiendo expuesto las diferentes reacciones y tareas que asume el padre frente a la enfermedad del hijo, surge la necesidad de comprender las razones por las que los padres se adjudican la función de cuidador primario. Wolf, Pak, Meeske, Worden y Katz (2011) luego de realizar un estudio con 15 padres varones que vivían en Estados Unidos y tenían un hijo diagnosticado con cáncer o con la enfermedad de células falciformes, indican que los padres varones que asumen un rol activo en el cuidado del hijo siguen el ejemplo de sus propios padres, quienes también les brindaron cuidados y momentos de interacción emocional. Por otro lado, los padres refieren que su compromiso también dependerá de la flexibilidad de horarios de trabajo y un buen financiamiento, que permitirá que el padre pueda asumir el cuidado activo de sus hijos sin preocuparse por el sustento económico. Así mismo, un grupo de padres indicó tener la intención de asumir los cuidados de sus hijos guiándose por un sentido de responsabilidad, protección, honor e integridad (motivación). Y por último, se identificó que la situación de enfermedad provoca en los padres una falta de control de la situación, por lo que surgen en ellos sentimientos de culpa, por el estado de sus hijos, que buscan aminorar al asumir el cuidado de sus hijos.

Por lo expuesto, es importante reflexionar acerca de cómo se podrían presentar las habilidades paternas para involucrarse en el cuidado de un hijo (compromiso paterno) en padres varones de niños con una enfermedad crónica como el cáncer.

Dado que el constructo de Compromiso Paterno nos brinda información sobre la interacción entre el padre con su hijo, los resultados del presente estudio podrían contribuir a un mejor entendimiento de dicho concepto en un grupo de padres varones de una población clínica como son los niños con cáncer, la cual ha sido poco estudiada a pesar de que en el mundo esta enfermedad se ha convertido en la segunda causa de muerte infantil (Dreifuss-Kattan, 1990 & Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007) y en el Perú

aproximadamente 650 niños son diagnosticados con cáncer cada año (ACS, 2008 & Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2012). Además se puede ver que en nuestro contexto existen escasas investigaciones acerca de la relación entre el compromiso del padre varón y la presencia del cáncer en un hijo; los estudios se enfocan en las madres de niños con esta enfermedad (Caballero, 2012). Es por todo lo mencionado, que la presente investigación pretende describir las características del compromiso paterno en padres varones de niños con cáncer de entre 3 y 5 años de edad. Para ello se plantea un estudio que compare los niveles de compromiso paternal entre un grupo de padres varones que tienen un hijo con cáncer y un grupo de padres varones de niños aparentemente sanos a partir de la valoración del auto informe de compromiso de cada padre.





## MÉTODO

### *Participantes*

Los participantes del presente estudio estuvieron conformados por dos grupos de 30 padres varones cada uno, los cuales guardan semejanzas en cuanto a las características sociodemográficas (edad, lugar de procedencia, número de hijos y la edad y sexo de estos). En relación al primer grupo, las edades de los padres oscilaban entre 25 y 50 años ( $M = 35.17$ ,  $DE = 6.80$ ), 3 de ellos eran procedentes de la ciudad de Lima y 27 de otra provincia del Perú (Huancavelica, Ayacucho, Jaén, Cajamarca, Pucallpa e Iquitos). El número de hijos de los padres fluctuaba entre 1 y 5 ( $M = 2.9$ ,  $DE = 1.09$ ). En cuanto a su estado civil, 10 de los varones indicaron estar casados y 20 de ellos convivían con sus parejas. Respecto a su nivel socioeconómico, los padres se encontraban dentro de un nivel muy bajo y bajo de acuerdo a los términos establecidos por el APEIM (Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados). Por último, en lo que concierne al nivel de instrucción, solo un padre de este grupo cuenta con estudios superiores completos, 13 no culminaron sus estudios superiores, 6 de ellos terminó el colegio y 10 de los padres no culminaron la secundaria.

Con respecto a los hijos de los padres del primer grupo, todos ellos padecían una enfermedad oncológica (leucemia linfática aguda, linfoma no Hodgkin o Hodgkin y MN sólidos), que había sido diagnosticada en un tiempo que oscilaba entre 4 y 10 meses ( $M = 7.10$ ,  $DE = 2.21$ ) y se encontraban recibiendo tratamiento ambulatorio en un hospital nacional especializado de Lima Metropolitana. De este grupo de menores, 17 de ellos eran niñas y 13 eran niños, cuyas edades oscilaban entre 3 a 5 años ( $M = 4.53$ ,  $DE = 0.73$ ).

En relación al segundo grupo de 30 padres varones, las edades de los participantes fluctuaban entre 22 y 46 años ( $M = 35.7$ ,  $DE = 6.39$ ), 16 de ellos nacieron en la ciudad de Lima y 14 provienen de otra provincia del Perú (Arequipa, Chiclayo, Apurímac, Huaraz, Huancavelica y Trujillo). El número de hijos de estos padres oscilaba entre 1 y 5 ( $M = 2.17$ ,  $DE = 1.05$ ). En lo que respecta al estado civil, 18 de estos varones eran casados y 12 de ellos convivían con sus parejas; además, el nivel socioeconómico al que corresponden estos padres de acuerdo al APEIM es bajo. Por último, para fines de la investigación se consideró dentro este grupo, a los hijos que tenían entre 3 y 5 años de edad ( $M = 3.77$ ,  $DE =$

0.81) y que se encontraban aparentemente sanos, de los cuales 18 eran mujeres y 12 eran varones que asistían a un Centro Educativo Inicial de Lima Metropolitana. Finalmente, encontramos que 9 de estos padres culminaron con sus estudios superiores, 13 de ellos dejaron inconclusa su educación superior, 6 padres culminaron con la educación secundaria y 2 de ellos no pudo concluir con su educación escolar.

Los participantes de ambos grupos fueron seleccionados de manera intencional, considerándose como criterio de inclusión que la edad del menor oscilara entre 3 y 5 años. Además, dentro del primer grupo se consideró que el tiempo de diagnóstico de la enfermedad del hijo sea entre cuatro y doce meses. Asimismo, para este primer grupo se tuvo como criterio de exclusión que el niño no tenga un diagnóstico de metástasis (propagación de la enfermedad) o que se encuentre en un período de recaída de la enfermedad. En cuanto al segundo grupo, se tuvo en cuenta que los hijos no padezcan de ninguna enfermedad grave o crónica, por lo que se preguntó a cada padre por el estado de salud de su hijo.

Una vez obtenido el permiso de ambas instituciones (Hospital y Centro Educativo), la investigadora estableció contacto con los padres participantes quienes firmaron el consentimiento informado (Anexo A), con lo que daban cuenta de la aceptación de todos términos de la investigación. Primero se administró la ficha de datos generales creada para cada uno de los grupos de estudio (Anexo B y C), así como la ficha para medir el NSE de cada participante. Luego se les entregó el Cuestionario de Compromiso Paternal (CP), que incluye la lista de frases incompletas.

### ***Medición***

El *Compromiso Paterno* fue medido a través de la escala de Compromiso Paternal (CP) creada y validada en nuestro país por Domecq (2010), quien construyó este instrumento con el fin de determinar la forma que tienen los padres de ejercer su rol con sus hijos.

El cuestionario CP consta de 45 ítems que describen las actividades que realizan los padres para fomentar el cuidado y desarrollo de sus hijos; por lo que los participantes tuvieron que marcar la frecuencia con la que realizan estas actividades, la cual está

determinada por un formato Likert de cinco puntos que van desde 1 a 5 (nunca a muy frecuente).

Por otro lado, para la creación de este cuestionario, la autora se basó en el cuestionario creado por Paquette en el año 2000. El “Questionnaire déngagement paternel QEP” que tuvo como objetivo evaluar el nivel de interacción entre padres e hijos.

Domecq (2010), además de construir nuevos ítems para el cuestionario, realizó una redefinición de las áreas planteadas del QEP, adaptándolas al contexto peruano y finalmente obtuvo la siguiente clasificación:

La primera área es la de *Soporte Emocional o Afectivo* ( $\alpha = .69$ ) que consta de 7 ítems, y se refiere a las medidas que toma el padre para que su hijo se sienta seguro, mostrándose como una figura de soporte emocional. Un ejemplo de ítem de esta área es: “Cuando mi hijo/a tiene una pesadilla, me acerco a calmarlo”.

Luego se encuentra el área de *Apertura al mundo* ( $\alpha = .68$ ) que incluye 7 ítems, este se refiere a la disposición del padre para que su hijo pueda realizar nuevas actividades, introduciéndolo o dejarlo introducirse en nuevos juegos, actividades o pasatiempos. Uno de los ítems que ejemplifica esta área es: “Procuro que mi hijo aprenda juegos nuevos”.

Por otro lado, la tercera área es *Cuidados básicos* ( $\alpha = .74$ ) consta de 8 ítems que hacen referencia a los cuidados que le brinda el padre al niño como la alimentación, la limpieza y el vestido. Un ejemplo de ítem es: “Ayudo a mi hijo/a a vestirse”.

La siguiente área se denomina *Interacciones* ( $\alpha = .71$ ) y cuenta con 9 ítems que describen la forma cómo el padre establece contacto con su hijo o la disposición del padre para realizar actividades junto a su hijo/a. Una de las actividades descritas en los ítems de esta área es: “Canto con mi hijo las canciones que ha aprendido o que le he enseñado”.

La quinta área es *Evocaciones* ( $\alpha = .62$ ), la cual comprende 7 ítems que describen actividades que dan a conocer el nivel en el que el padre tiene la imagen de su hijo en la mente; es decir qué tanto piensa en su niño, lo recuerda y lo tiene presente a pesar de la ausencia del mismo. Un ítem dentro de esta área es: “Pienso en mi hijo(a) cuando está ausente”.

Por último, el área de *Disciplina* ( $\alpha = .74$ ), que consta de 8 ítems que describen las medidas que toma el padre para enseñarle a su hijo cómo actuar en determinadas situaciones y en qué medida el padre se compromete en la enseñanza preventiva más que



en la correctiva. Una de estas medidas es descrita en el siguiente ítem: “Me preocupo por explicarle a mi hijo/a que ha hecho algo malo”.

Así mismo, Domecq (2010) presenta, además, 8 frases incompletas que ayudarán a complementar los datos obtenidos del cuestionario, ya que estas tienen como objetivo conocer la percepción que tienen los padres varones de su paternidad y del desempeño de sus roles.

Además, para la calificación del Compromiso Paterno que presenta una alta confiabilidad ( $\alpha = .90$ ), la autora sumó los puntajes determinados para cada ítem (1 al 5) del cuestionario, teniendo en cuenta la existencia de 6 ítems que reciben una calificación inversa (2,7,26,28,34,42). Y luego, con el fin de determinar el nivel de compromiso a través de las respuestas de los padres, creó tres niveles haciendo cortes en los percentiles 33 y 67, con lo que se determinó la clasificación de puntajes altos ( $> 179$ ), medianos (entre 166 y 179) y bajos ( $< 166$ ).

Por otro lado, en el presente estudio también se calculó la confiabilidad del Cuestionario CP ( $\alpha = .94$ ) y de cada una de las áreas planteadas: *Soporte afectivo o emocional* ( $\alpha = .80$ ), *Apertura al mundo* ( $\alpha = .72$ ), *Cuidados básicos* ( $\alpha = .79$ ), *Interacciones* ( $\alpha = .79$ ), *Evocaciones* ( $\alpha = .68$ ) y *Disciplina* ( $\alpha = .64$ ) por lo que se puede indicar que los resultados obtenidos nos muestran confiablemente los niveles de Compromiso Paterno en un grupo de padres peruanos.

Además, para tener una aproximación a la validez interna de la prueba, se demostró que todas las áreas del cuestionario mantuvieron una correlación directa y significativa como se observa en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Correlación de cada una de las áreas del Cuestionario CP en el grupo de estudio*

	CB	I	E	D	AM	SE
CB	--					
I	.664, $p < .001$	--				
E	.631, $p < .001$	.648, $p < .001$	--			
D	.381, $p = .038$	.577, $p = .001$	.641, $p < .001$	--		
AM <sup>a</sup>	.406, $p = .026$	.452, $p = .012$	.628, $p < .001$	.439, $p = .015$	--	
SE <sup>a</sup>	.558, $p = .001$	.488, $p = .006$	.547, $p = .002$	.475, $p = .008$	.487, $p = .006$	--

Nota. SE= Soporte emocional, AM= Apertura al mundo, CB= Cuidados básicos, I=Interacciones, E= Evocaciones y D= Disciplina.

<sup>a</sup>=Pruebas no paramétricas



### *Procedimiento*

Con el fin de lograr el objetivo, se planteó un estudio en el que se indagó en una sola sesión el nivel de Compromiso Paterno expresado en la intervención del padre en las tareas de cuidado y educación de hijos. La evaluación de los padres de niños con cáncer fueron contactados en el área de pediatría de un hospital especializado en enfermedades neoplásicas de Lima, en el que se pudo observar a los padres e hijos en tareas de recreación (compartiendo juegos de mesa, lecturas y programas de televisión) por lo que la evaluación se realizó en los consultorios de psicología del mismo hospital. Por otro lado, el los padres de niños aparentemente sanos fueron contactados en un colegio de educación inicial de la ciudad de Lima y la evaluación se realizó en los ambientes de psicología del mismo colegio. Ambos grupos fueron evaluados en una única sesión en la que se llevó a cabo la aplicación del Cuestionario CP, además del completamiento de las frases incompletas.

Los datos obtenidos a partir de la evaluación realizada con el Cuestionario CP, fueron procesados en el programa estadístico SPSS. En primer lugar, se obtuvieron estadísticos descriptivos generales (media, desviación estándar, mediana) para ambos grupos de estudio, tanto para el Compromiso Paterno como para sus áreas.

Luego, con el fin de realizar la comparación entre los grupos, se analizó la normalidad de los datos mediante la prueba Shapiro-Wilk (Anexo E). En base a estos resultados se procedió a utilizar pruebas no paramétricas para muestras independientes para comparar el área de *Apertura al mundo* y *Soporte emocional*; por otro lado, se utilizaron pruebas paramétricas para muestras independientes para comparar los datos del *Compromiso Paterno* en general, así como las áreas de *Soporte emocional*, *Cuidados básicos*, *Interacciones*, *Evocaciones* y *Disciplina*. Se hallaron diferencias significativas en cada una de las áreas como en el caso del puntaje global de compromiso por lo que se obtuvo el tamaño del efecto (d) para complementar la relevancia de dichas diferencias.



## RESULTADOS

Con el objetivo de describir los niveles de Compromiso Paterno en un grupo de padres varones que tienen un hijo con cáncer, se tendrán en cuenta los puntajes globales, los de cada área del compromiso paterno y los de cada uno de los ítems obtenidos por este grupo para ser comparados con los puntajes alcanzados por el grupo de padres de niños aparentemente sanos; finalmente, de manera cualitativa, se expone la información más relevante obtenida de las frases incompletas acerca de la percepción de la paternidad.

En líneas generales, tal como se observa en la Tabla 2, existen diferencias significativas en el nivel de compromiso entre ambos grupos, ya que el grupo de padres de niños con cáncer presenta un nivel alto de compromiso paterno, a diferencia de los padres de niños aparentemente sanos que presentan un nivel medio.

Así mismo, se observa que los padres de niños con cáncer muestran mayor capacidad para brindar soporte emocional a sus hijos en comparación con los padres de niños sanos, así como también, se ocupan en mayor medida de los cuidados básicos, comparten más actividades de interacción y piensan más en sus hijos a pesar de la ausencia de los mismos. Igualmente, los padres del primer grupo muestran una mayor capacidad para establecer normas a sus hijos y para incentivarlos a desarrollar nuevas actividades.

**Tabla 2**

*Comparación de medias del puntaje global de Compromiso Paterno y las escalas del Cuestionario de CP entre ambos grupos*

	Grupo de padres de niños con cáncer (n=30)			Grupo de padres de niños aparentemente sanos (n=30)			U/t	p	d de Cohen
	M	DE	Mdn	M	DE	Mdn			
Compromiso	173.73	20.34	175.00	146.23	23.34	147.00	4.865	<.001	1.26
CB	33.70	4.08	34.00	27.43	5.37	28.00	5.088	<.001	1.31
I	33.50	5.42	33.50	27.67	5.57	27.00	4.110	<.001	1.06
E	25.70	4.35	26.00	21.33	3.77	22.00	4.155	<.001	1.07
D	30.00	4.19	29.00	27.60	4.53	28.00	2.129	.038	0.55
AM <sup>a</sup>	21.87	3.79	22.00	19.10	4.24	19.50	266	.006	0.62
SE <sup>a</sup>	28.97	3.48	29.50	23.10	4.88	23.00	138	<.001	1.53

Nota. SE= Soporte emocional, AM= Apertura al mundo, CB= Cuidados básicos, I=Interacciones, E= Evocaciones y D= Disciplina.

<sup>a</sup>=Pruebas no paramétricas

Por otro lado, al momento de comparar los ítems del Cuestionario de Compromiso Paterno se ha observado una diferencia significativamente alta en cuanto la atención de las necesidades básicas como el cuidado de la limpieza, la salud y el apoyo emocional entre ambos grupos de padres. El grupo de padres que tienen un niño con cáncer dedican mayor tiempo junto a sus hijos y suelen cuidar de la salud y limpieza de sus hijos, y además focalizan su atención en brindar una figura de seguridad y soporte emocional para el niño (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Comparación de medias de los puntajes significativos de cada ítem entre ambos grupos de padres*

Área	Ítem	Grupo de padres de niños con cáncer (n=30)		Grupo de padres de niños aparentemente sanos (n=30)		T	p	d de Cohen
		M	DE	M	DE			
SE	Le digo a mi hijo que lo quiero	4.83	0.46	3.83	1.15	4.43	<.001	1.14
SE	Felicito a mi hijo cuando tiene un nuevo logro	4.63	0.56	3.80	1.13	3.63	<.001	0.94
SE	Calmo a mi hijo cuando algo le sucede	4.30	0.79	3.27	0.87	4.81	<.001	1.24
SE	Intervengo rápidamente cuando mi hijo muestra signos de angustia o incomodidad	3.93	1.05	2.97	1.00	3.66	<.001	0.94
SE	Si algo le molesta a mi hijo converso con él sobre lo que le sucede	3.90	1.18	2.97	1.13	3.12	<.001	0.81
SE <sup>a</sup>	Cuando mi hijo llora evito hacerle mucho caso	3.87	1.28	3.33	0.66	2.03	0.05	0.52
CB	Cuido que mi hijo esté limpio	4.57	0.63	3.57	0.86	5.16	<.001	1.33
CB	Abrigo a mi hijo cuando hace frío	4.53	0.68	3.70	0.79	4.36	<.001	1.13
CB	Acudo rápidamente a auxiliar a mi hijo cuando se lastima o se hace daño	4.43	0.68	3.23	1.04	5.29	<.001	1.37
CB	Llevo a mi hijo al médico cuando lo necesita	4.43	0.86	3.10	1.21	4.91	<.001	1.27

CB	Cuando voy de comprar busco alimentos nutritivos para mi hijo	4.40	0.81	3.37	1.33	3.64	<.001	0.94
E	Pienso en mi hijo cuando está ausente	4.50	0.86	3.30	0.88	5.35	<.001	1.38
E	Pienso en cómo será mi hijo de grande	3.73	1.23	3.00	0.98	2.55	0.01	0.66
E	La mayoría de personas que conozco me han escuchado hablar sobre mi hijo	3.57	1.04	2.73	1.14	2.95	<.001	0.76
E	Me gusta mirar las fotos de cuando mi hijo era más pequeño	3.47	1.20	2.80	1.03	2.31	0.02	0.60
I	Acompaño a mi hijo cuando se siente mal (triste, decaído)	4.43	0.73	3.17	0.83	6.27	<.001	1.62
I	Me gusta pasar mi tiempo libre con mi hijo	4.33	0.84	3.37	1.22	3.57	<.001	0.92
I	Juego con mi hijo	4.03	1.16	3.30	1.09	2.53	0.01	0.65
I	Me muestro dispuesto a jugar con mi hijo los juegos que él propone	3.80	1.06	2.97	0.85	3.35	<.001	0.87
I	Miro con mi hijo programas de televisión para niños	3.77	1.04	3.13	0.86	2.57	0.01	0.66
I	Mi hijo y yo nos quedamos solos en la casa compartiendo o jugando	3.57	1.07	2.60	0.86	3.86	<.001	1.00
AM	Procuró que mi hijo aprenda nuevos juegos	4.00	0.87	3.07	1.11	3.62	<.001	0.93
AM	Me gusta que mi hijo aprenda nuevas actividades	3.97	0.85	3.40	1.07	2.27	0.03	0.59
AM	Me esfuerzo porque mi hijo conozca lugares nuevos	3.57	1.14	2.93	1.05	2.25	0.03	0.58
D	cuando alguien cercano comete un error, converso con mi hijo sobre ello para que no pase lo mismo	3.80	1.19	3.13	0.94	2.42	0.02	0.62
D	Converso con mi hijo sobre las consecuencias que tienen determinadas conductas	3.77	1.04	3.23	0.86	2.17	0.03	0.56
D	Me preocupo por explicarle a mi hijo que ha hecho algo malo	3.57	1.10	3.00	0.87	2.21	0.03	0.57

Nota. SE= Soporte emocional, AM= Apertura al mundo, CB= Cuidados básicos, I=Interacciones, E= Evocaciones y D= Disciplina.

<sup>a</sup>=Ítem inverso

Por último, a modo de complementar los resultados cuantitativos, se realizó una categorización de las respuestas obtenidas en las ocho frases incompletas. A través de dicha clasificación se pudo determinar tres categorías: la *percepción de paternidad*, las *implicancias de ser padre* y la *percepción del padre ideal*. Luego se seleccionó dos o tres frases más representativas dentro de las respuestas de los padres para cada una de las categorías.

En cuanto a la *percepción de paternidad*, que estará determinada por la frase “*Creo que como padre soy...*” y “*La mayoría de padres que conozco...*” (Tabla 4) se puede observar que los participantes de ambos grupos se consideran a sí mismos como responsables, protectores y buenos padres. Además, mantienen este mismo concepto para los padres de su entorno; sin embargo, les adjudican algunas características relacionadas a la falta de responsabilidad. Por otro lado, también se puede observar que los padres que tienen un hijo con cáncer suelen percibirse como irresponsables.

**Tabla 4**

*Descripción de la categoría de percepción paterna en ambos grupos de estudio*

	Grupo de padres de niños con cáncer	Grupo de padres de niños aparentemente sanos
Creo que como padre soy:	<i>Bueno y responsable</i> <i>Cuidadoso</i> <i>Irresponsable</i>	<i>Responsable</i> <i>Responsable y protector</i> <i>Bueno</i>
La mayoría de padres que conozco:	<i>Buenos y responsables</i> <i>No se dedican a sus hijos</i> <i>Son diferentes</i>	<i>Son buenos e intentan serlo</i> <i>Descuidados</i> <i>Dejan muchas tareas a la madre</i>

Por otro lado, con respecto a las *implicancias de ser padre* (Tabla 5), que incluyen las frases: “*Lo más difícil de ser padre es...*”, “*Mi mayor debilidad como padres es...*” y “*Mi mayor virtud como padres es...*”, se puede apreciar que los padres de niños aparentemente sanos consideran que las tareas más difíciles se relacionan con la imposición de reglas y brindarles el tiempo necesario a los hijos. En cambio, los padres que tienen un hijo con cáncer, creen que la enfermedad de un hijo, el verlo sufrir y no poder brindarle todo lo que necesita, es una de las tareas más difíciles de ser padres. Sin embargo, ambos



grupos consideran que tienen la capacidad de brindarles soporte emocional a sus hijos, además de cumplir con las demandas que estos tuviesen.

**Tabla 5**

*Descripción de la categoría de implicancias de ser padre en ambos grupos*

	Grupo de padres de niños con cáncer	Grupo de padres de niños aparentemente sanos
Lo más difícil de ser padre es:	<i>Afrontar las enfermedades No poder darles lo que necesitan</i>	<i>Corregirlos Tener más tiempo para estar con los hijos</i>
Mi mayor debilidad como padre es:	<i>Perder a un hijo Ver a mi hijo sufrir Darles lo que ellos quieren</i>	<i>Engreír mucho a mis hijos Ser consentidor Corregir a mis hijos</i>
Mi mayor virtud como padre es:	<i>Amar demasiado a mis hijos Estar con ellos en las buenas y en la malas Cumplir con los deseos de mis hijos</i>	<i>Dar mucho cariño a mi hija Trabajar para ellos Darle lo mejor a mi hija</i>

Por último, en cuanto a la percepción del *padre ideal* (Tabla 6) que incluye las siguientes frases: “*Desearía ser un padre...*”, “*Soy buen padre, pero...*” y “*Para mí, el padre ideal...*”, se puede observar que los padres de ambos grupos se consideran buenos padres, pero aquellos padres de niños con cáncer expresan el deseo de no cometer errores dentro de su labor como padres que desearían ser padres ejemplares, que puedan compartir muchas más actividades con sus hijos. Además es importante recalcar que ambos grupos de padres indican que el padre ideal es aquel que puede brindar cuidado y protección a la familia; pero el primer grupo de padres deposita esta imagen de ideal de la paternidad en Dios, a quien le estarían adjudicando características como la perfección y omnipotencia.



**Tabla 6**
*Descripción de la categoría de ideal de padre en ambos grupos*

	Grupo de padres de niños con cáncer	Grupo de padres de niños aparentemente sanos
Desearía ser un padre:	<i>Bueno y no cometer errores Con mucho más tiempo para ellos Perfecto</i>	<i>Ejemplar Excelente y perfecto  Con más tiempo para mis hijos</i>
Soy buen padre, pero:	<i>Me falta mucho que aprender A veces me equivoco</i>	<i>Siempre uno necesita aprender más Me falta mucho</i>
Para mí, el padre ideal:	<i>Es Dios El que se dedica por completo a sus hijos con amor y afecto</i>	<i>Mi padre Aquel que se dedica a sus hijos</i>



## DISCUSIÓN

El interés principal para realizar esta investigación residió en determinar el nivel de compromiso paterno de manera global y en cada una de sus áreas de un grupo de padres varones que tienen un hijo con el diagnóstico de cáncer, para lo cual se comparó estos resultados con los obtenidos con un grupo de padres de niños aparentemente sanos. A partir de los resultados obtenidos se puede indicar que la presencia de una enfermedad como el cáncer en un niño se encontraría vinculada a mayores niveles de compromiso o involucramiento de los padres en el cuidado y atención de sus hijos, ya que estos padres presentaron mayores niveles de compromiso paterno que el grupo de padres de niños aparentemente sanos.

En primer lugar, se puede indicar que tanto el grupo de padres de niños con cáncer, y el grupo de padres de niños aparentemente sanos presentan un *compromiso directo*, ya que presentan un nivel alto y medio de Compromiso Paterno, respectivamente. Por lo que es posible indicar que estarían asumiendo de manera activa las tareas de cuidado de los hijos, tales como la alimentación, limpieza, vestido y educación. Sin embargo, el primer grupo de padres presenta un nivel superior de compromiso paterno, por lo que se puede indicar que los padres que tienen un hijo con cáncer poseen una mayor capacidad y disposición para compartir actividades lúdicas y de interacción junto a su hijo, suelen brindar el soporte emocional y económico a la familia e intervienen activamente en el cuidado y educación de sus hijos. Además estos resultados corroboran la percepción que tienen estos padres sobre el desempeño de un buen padre, que es aquel que cuenta con la capacidad y responsabilidad necesaria para brindar todo lo que los hijos y la familia necesiten, lo que indicaría que estos padres estarían considerando un adecuado cumplimiento de su rol paternal. Así mismo, la disposición de estos padres para participar en el estudio, su presencia en el hospital acompañando a sus hijos y la preocupación constante por la salud del niño que expresaron cuando fueron abordados, también nos estaría dando cuenta del nivel de compromiso de estos padres.

Por otro lado, se han podido apreciar diferencias significativas en cada una de las áreas del compromiso paterno, como en la capacidad del padre para brindar los *cuidados básicos* a su hijo. Se observa que los padres de niños con cáncer, en comparación con los padres de niños aparentemente sanos, buscarían cumplir en mayor medida con las

actividades de cuidado de la salud y bienestar de sus hijos, tales como la limpieza, alimentación sana, así como brindarles los cuidados médicos necesarios. Entonces, es posible indicar que las habilidades del primer grupo de padres para responder a las necesidades básicas de sus hijos se habrían fortalecido al enfrentar una situación de crisis como es el padecimiento de cáncer en un niño. Estos resultados difieren de lo planteado por Stanley (1993) quien refiere que los padres de niños con cáncer suelen dejar el cuidado del hijo en manos de la madre, ya que perciben la situación de enfermedad como muy estresante. Se podría decir que este fortalecimiento habría sido guiado por el deseo de cura presente en los padres (Watt y Lynn, 2011) ya que en la mayoría de los participantes este deseo los impulsó a dejar su lugar de origen y familia para buscar una mejor atención médica. Además, se pudo constatar que durante los períodos de hospitalización y tratamiento ambulatorio de los niños, sus padres buscan informarse sobre la enfermedad y los tratamientos, lo cual les permitirá afrontar esta situación con mayor seguridad, tal como lo indicaron Neil-Urban y Jones (2002).

Ahora bien, en la medida en que los padres busquen responder a las necesidades de sus hijos durante los períodos de tratamiento, se verán más involucrados en las tareas de cuidado y diversión del niño, lo cual podría implicar mayor tiempo de *interacción* entre padre e hijo. Es así, que los padres de niños con cáncer presentan una mayor disposición física (Lamb et al, 1987) para compartir actividades lúdicas y educativas con sus hijos, como se pudo observar durante el período de evaluación (padres compartiendo juegos de mesa con sus hijos, o disfrutando de un cuento o alguna serie infantil proyectada en la sala de espera del área de pediatría). Si bien los padres del grupo de niños aparentemente sanos también refieren compartir espacios de interacción con sus hijos, se podría indicar que en el caso de los padres de niños con cáncer, el temor de perder a un hijo (Duran, 2011) por la asociación del cáncer con la muerte (Ruda, 1998) estaría incentivando a los padres a compartir el mayor tiempo posible con sus hijos. Además esta búsqueda de espacios para compartir con sus hijos también podría verse en la disposición de los padres para dejar su lugar de origen y acompañar sus hijos durante el tratamiento, buscar trabajos con horarios flexibles o dejar de trabajar para acompañar a sus hijos.

Por otro lado, se pudo observar que los padres de niños con cáncer, a diferencia del grupo de padres de niños aparentemente sanos, no sólo muestran mayor interés por

compartir el mayor tiempo con sus hijos, sino que además mostraron una mayor disposición afectiva durante estos momentos de interacción; es así que este grupo de padres busca demostrar su afecto por medio de demostraciones verbales y físicas. La vulnerabilidad física y emocional que los niños atraviesan a causa de la enfermedad y los tratamientos invasivos a los que son expuestos estarían provocando que los padres se muestren más alertas a las señales de angustia o molestia de sus hijos, por lo que acuden a brindarle el *soporte emocional* necesario y se muestran como figura de seguridad. Estos resultados se distinguen de lo planteado por Gonzales, Fonseca y Jiménez (2006) quienes indican que los sentimientos de impotencia y frustración que experimentan los padres de niños con cáncer bloquean las capacidades de los mismos para responder de manera adecuada con sus funciones, sino que tal como lo mencionan James, et al. (2002) éstos padres han reconocido en sí mismos la tarea de brindar el soporte emocional y social al hijo y la familia, ya que el personal hospitalario es quien se encarga de la atención médica del niño.

Así mismo, este grupo de padres refieren tener la imagen de Dios como la figura de padre ideal, por lo que es posible indicar la existencia de una necesidad de fortalecerse emocionalmente para brindar una adecuada figura de seguridad emocional a sus hijos, por lo que buscarán la ayuda de familiares, amigos y el personal no médico dentro del hospital para recibir el apoyo social y emocional de los mismos; además tal como lo mencionan Watt y Lynn (2011), Chacín y Chacín (2011) y Rosenberg-Yunger, et al. (2013) estos padres buscaron un soporte emocional en la religión, lo cual les brinda más fuerza para seguir cumpliendo con sus funciones paternas.

Por otra parte, en lo que respecta al área de *disciplina* se ha podido constatar que al parecer la vulnerabilidad física y emocional por la que atraviesa el niño que padece cáncer durante su hospitalización y tratamiento, no estaría interfiriendo en la enseñanza de normas y reglas dentro del hogar. Esto podría deberse a que terminado el período de hospitalización los padres tengan la expectativa de volver a la rutina en los procesos de crianza de sus hijos, por lo que procurarían explicar al niño las consecuencias de determinados actos, para poder prevenir futuras malas conductas como plantean Rosenberg-Yunger, et al. (2013).

En relación a esta área (*Disciplina*) se puede considerar que, a pesar de lo planteado anteriormente, el temor que se genera en el padre por una recaída o pérdida del niño, podría

estar influyendo en la forma cómo los padres están comprendiendo los ítems de esta área ya que éstos hacen referencia a una enseñanza de la disciplina de una forma preventiva. Entonces, estos padres de niños con cáncer, con la finalidad de proteger a sus hijos frente a cualquier peligro que signifique una recaída o el padecimiento de una nueva enfermedad se mostraran más alertas a las actividades que realizan sus hijos y restringirán, de manera preventiva, aquellas acciones que podrían hacerles daño.

Ahora, en relación al área de *evocación*; que hace referencia a la cantidad de oportunidades en las que piensa, recuerda y tiene presente a su hijo, a pesar de su ausencia; los padres de niños con cáncer refieren pensar constantemente en su hijo cuando está ausente a diferencia de los padres de niños aparentemente sanos. Esto podría comprenderse ya que durante el tiempo de hospitalización del hijo, los horarios de visita suelen ser restringidos, y como se mencionó anteriormente, los padres buscan compartir mayores espacios de interacción con sus hijos. Así mismo, se puede considerar que el interés de los padres por la cura de sus hijos los llevará a estar pendientes de su alimentación, citas medicas, horarios de medicación y control constante su estado físico y emocional, lo que implica un constante pensar en el niño. A partir de ello se podría considerar que una forma de “estar” con los hijos es “pensar” en ellos.

Finalmente, se ha podido observar que el área de *apertura al mundo* es la de menor puntaje en el grupo de padres de niños con cáncer, por lo que se puede inferir que estos padres no suelen realizar con mucha frecuencia actividades en las que incentiven el conocimiento y experimentación de nuevas cosas a sus hijos. Es posible que esta actitud de los padres pueda ser producto de los temores en relación a la salud de sus hijos, ya que éstos considerarían el conocimiento y experimentación de nuevas actividades físicas o recreativas que como un peligro inminente que atente contra la salud del niño. A pesar de ello, este grupo de padres de niños con cáncer, presenta una mayor disponibilidad para incentivar la experimentación de nuevas actividades en sus hijos, que el grupo de padres de niños aparentemente sanos, por lo que se podría concluir que los padres de niños con cáncer estarían buscando que sus hijos realicen aquellas actividades que hacían cuando estaban sanos, y de esta manera la enfermedad no signifique un obstáculo para su desarrollo.

Por último, los resultados expuestos sugieren que el padecimiento de cáncer en un hijo, más allá de causar un impacto emocional negativo en los padres, estaría promoviendo



el fortalecimiento de sus habilidades paternas para cumplir con las demandas del niño enfermo a diferencia de lo que indican Soler (1996); Flores (1999); Stanley-Stevens y Ray (1993) y Clarke (2009). Sin embargo, los padres que tienen un niño con cáncer reconocen que aún tienen muchas cosas que aprender, pero estarían asumiendo la responsabilidad en torno a la enfermedad de sus hijos, ya que buscarían alcanzar la perfección del desempeño de su rol como padres para poder responder a las dolencias y necesidades del niño enfermo.

Por otro lado, es importante considerar como uno de los aportes de este estudio el haber recogido la experiencia de un grupo de padres, a diferencia de gran parte de estudios enfocados en las madres. Es por consiguiente, que se propone que estos resultados del estudio marquen el punto de partida para futuras investigaciones en torno al padecimiento de cáncer en un hijo y las diferentes implicancias del mismo en el desempeño parental de los padres. Así también, se ha considerado que el aporte cualitativo de las frases incompletas pudo complementar y ser de mucha ayuda para el análisis, ya que gracias a estas se logró un mayor acercamiento a las emociones y percepciones de los participantes acerca de la paternidad en general.

Del mismo modo, es necesario indicar que dentro de las limitaciones que se presentaron en la presente investigación; se considera que el haber evaluado a los padres cuando estos ya tenían un hijo con el diagnóstico de cáncer no permite realizar conclusiones sobre la forma cómo el padecimiento de esta enfermedad estaría influenciando sobre el compromiso paterno, ya que no es posible afirmar si este grupo de padres que tienen un hijo con cáncer contaban con un nivel alto de compromiso paterno antes de enfrentar esta situación.

Finalmente, el número de participantes también significó otro factor limitante en este estudio, ya que este grupo no es suficientemente representativo para realizar inferencias sobre la forma cómo los padres varones de niños con cáncer estén reaccionando frente a esta situación. Además, en esta ocasión se ha considerado a padres de niños en edad preescolar, y sería necesario considerar rangos más amplios de edad para futuras investigaciones.

Así mismo, el tiempo transcurrido luego de haber recibido el diagnóstico que se consideró en la investigación también podría ser parte de las limitaciones, ya en este estudio se consideró entre 4 a 12 meses luego del diagnóstico, tiempo en el que los niños

acuden mensual o quincenalmente al hospital por su tratamiento. Pero sería necesario que en futuras investigaciones se considere un rango mayor del tiempo para observar si los niveles de compromiso paterno se mantienen, a pesar de que el niño no tenga la obligación de acudir constantemente para recibir el tratamiento.

Por último, en el presente estudio se ha mencionado reiteradamente el nivel de afección emocional que tendrá el padecimiento de la enfermedad sobre el padre y el niño, pero no se puede aseverar los niveles de estrés y ansiedad a los que los participantes se pudieron ver expuestos, ni la implicancia que tuvieron estos factores sobre los niveles de compromiso paterno; por lo que se recomienda para futuras investigaciones, considerar la aplicación de pruebas para medir los niveles de ansiedad y estrés de los participantes.





## REFERENCIAS

- Alameda, A. y Barbero, J. (2009). El duelo de padres del niño oncológico. *Psicooncología*, 6 (2-3) 485-498.
- Amato, P. R. (1994). Father-child relationships, mother-child relations, and offspring psychological well-being in early adulthood. *Journal of Marriage and the Family* 56, 1031-1042.
- American Cancer Society [ACS] (2008). *Niños diagnosticados con cáncer: cómo enfrentar el diagnóstico*. [Versión electrónica]
- Arteaga, M. (2010). *Representaciones mentales de la paternidad en padres varones adolescente*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Bailey, W. (1991). Fathers' involvement in their children's healthcare. *Journal Of Genetic Psychology*, 152(3), 289.
- Bailey, W. (1994). A longitudinal study of fathers' involvement with young children: Infancy to age 5 years. *Journal Of Genetic Psychology*, 155(3), 331.
- Barudy J., Dantagnan M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona, Gedisa.
- Barudy J., Dantagnan M., (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, Apego y resiliencia*. Barcelona, Gedisa.
- Biller, H. (1993). *Father and Families. Paternal factors in child development*. London
- Bonner, M.; Hardy, K.; Willard, V. & Hutchinson, K. (2007). *Brief report: Psychosocial functioning of fathers as primary caregivers of pediatric oncology patients*.
- Bouchard, G., Lee, C. M., Asgary, V., & Pelletier, L. (2007). Fathers' Motivation for Involvement with Their Children: A Self-Determination Theory Perspective. *Fathering: A Journal Of Theory, Research, & Practice About Men As Fathers*. 5(1), 25-41. doi:10.3149/fth.0501.25

- Brody, A. y Simmons, L. (2007). Family Resiliency During Childhood Cancer: The Father's Perspective. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 24(3), 152- 165 DOI: 10.1177/1043454206298844
- Caballero, L. (2012). *Sensitividad en madres de niños con cáncer de entre 3 y 5 años de edad*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Castro, A.; Donado, C. y Kruiuzenga, S. (2005). *Comprensión de la experiencia de ansiedad en padres ante el diagnóstico de cáncer de un hijo(a) según la psicología existencial*. Barranquilla: ISSN. [Versión electrónica]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/213/21301607/21301607.html>
- Chacin, M. & Chacín, J. (2011). Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*. 23(3), 199-208
- Clarke, N. E., McCarthy, M. C., Downie, P., Ashley, D. M., & Anderson, V. A. (2009). *Gender differences in the psychosocial experience of parents of children with cancer: a review of the literature*. *Psycho-Oncology*. DOI:10.1002/pon.1515
- Coleman, W. (2004). *Fathers and Pediatricians: Enhancing Men's Roles in the Care and Development of Their Children*. *Pediatrics*, 113(5), 1406-1411.
- De Keijzer (2000). *Paternidades y transición de género en: En Fuller. Paternidades en América Latina*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Domecq (2010) *Construcción y validación de una escala para medir el Compromiso Paterno*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Domenech-Rodríguez, M., Donovick, M. y Crowley, S. (2009). Parenting styles in a cultural context: Observations of “Protective Parenting” in first-generation Latinos. *Family Process*, 48(2), 195-210. doi: 10.1111/j.1545-5300.2009.01277.x
- Dreifuss-Kattan, E. (1990). *Cancer and Creativity: Cancer Stories: A Psychooncological and Psychoanalytic Study of the 'Cancer Literature' Seen in Autobiographic,*

- Fictional and Poetic Accounts Written by Cancer Patients and Its Relation to Loss, Mourning, Dying and Creativity and Its Clinical Implications*. Dissertation Abstracts International, 51(6), 3127B.
- Dubowitz, H., Black, M. M., Cox, C. E., Kerr, M. A., Litrownik, A. J., Radhakrishna, A., English, D. J., Schneider, M. W. & Runyan, D. K. (2001). *Father involvement and children's functioning at age 6 years: A multisite study*. Child Maltreatment, 6(4), 300-309.
- Duran, B. (2011). Developing a Scale to Measure Parental Worry and Their Attitudes Toward Childhood Cancer After Successful Completion of Treatment: A Pilot Study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 28(3) 154-168 DOI: 10.1177/1043454210397755
- Erikson, E. (1973). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Feldman, R. (2003). Infant-mother and infant-father synchrony: The co-regulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal*, 24(1), 1-23.
- Flores, P. (1999). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con leucemia o linfoma no-hodgkin*. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Frascarolo, F. (2004) Paternal involvement in child caregiving and infant sociability. *Infant Mental Health Journal*, 25(6), 509-521. doi:10.1002/imhj.20023
- Fuller, N. (2000) *Paternalidades en América Latina*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Glick, J., Hanish, L., Yabiku, S. y Bradley, R. (2012). Migration timing and parenting practices: Contributions to social development in preschoolers with foreign-born and native-born mothers. *Child Development*, 83, 1527–1542. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01789.x

- González, O.; Gutiérrez, I.; Fonseca, J. y Jiménez, L. (2006). *El cáncer como metáfora de muerte o como opción para resignificar la vida: narrativas en la construcción de la experiencia familiar y su relación con el afrontamiento del cáncer de un hijo menor de edad*. En Diversitas: Bogotá. [Versión electrónica].
- Gottfried, A. (2013). A Transactional Model of Parental Involvement and Children's Achievement from Early Childhood through Adolescence. *Parenting: Science & Practice*, 13(2), 133-152. doi:10.1080/15295192.2012.709155
- Gottman, J., y DeClaire, J. (1997). *Heart of parenting: how to raise an emotionally intelligent child*. *Heart of Parenting: How to Raise An Emotionally Intelligent Child*.
- Grolnick, W. & Ryan, R. (1989). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*. DOI: 10.1037/0022-0663.81.2.143
- Grolnick, W.; Ryan, R. & Deci, E. (1991). *The inner resources for schoolachievement: Motivational mediators of children's perceptions of their parents*. *Journal of Educational Psychology*, 83, 508-517.
- Hossain, Z. (2005). Mothers' and fathers' childcare involvement with young children in rural families in Malaysia. *International Journal Of Psychology*, 40(6), 385-394.
- Hovey, J. (2003). The Needs of Fathers Parenting Children with Chronic Conditions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(5), 245-251. DOI:10.1177/1043454203254042
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN] (2012). Estadísticas. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/estadisticas.pdf>
- Jacobs, J. & Kelley, M. (2006). Predictors of Paternal Involvement in Childcare in Dual-Earner Families with Young Children. *Fathering*. DOI: 10.3149/fth.0401.23
- James, K.; Keegan-Wells, D.; Hinds, P.; Kelly, K.; Bond, D.; Hall, B.; Mahan, R.; Moore, I.; Roll, L. y Speckhart, B. (2002). *The Care of My Child with Cancer: Parents'*

- Perceptions of Caregiving Demands. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 19(6) 218-228 DOI: 10.1177/104345420201900606
- Lamb, E. (2002). Infant-Father Attachments and their impact on Child Development. En: Cabrera, N. *Handbook of Father Involvement. Multidisciplinary perspectives* (91-117). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Lamb, M. (1987). Introduction: The emergent American father. In M. Lamb (Ed.), *The fathers role: Cross-cultural perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lamb, M., Frodi, M., Hwang, C., & Frodi, A. (1983). Effects of paternal involvement for mothers and fathers. *Child Development*, 54, 450-458.
- Macchi, A. (1998) *Actitudes maternas hacia el hijo enfermo de leucemia en madres de niños afectados por esta enfermedad*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Marinelli, F. (2012). Representaciones de apego y sensibilidad paterna en padres de hijos en edad preescolar. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Matta, D. (2006). Father Responsivity: Couple Processes and the Coconstruction of Fatherhood. *Family Process*, 45(1), 19-37
- Maurice-Stam H.; Oort, F.; Last, B. & Grootenhuis, M. (2008). Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment. *Psychooncology*, 17(5), 448-459.
- McBride, B.; Schoppe, S.; Ho, M. & Rane, T. (2004). Multiple determinants of father involvement: An exploratory analysis using the PSID-CDS Data Set. En: *Conceptualizing and measuring father involvement*. LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES. London.
- Miller, M. (2009). Handbook of cancer control and behavioral science: a resource for researchers, practitioners, and policy makers. Washington, DC: *American Psychological Association*.



- Moore, T. (2004). Predictors of Urban Fathers' Involvement in Their Child's Health Care. *Pediatrics*, 113(3), 574-580.
- Moral de la Rubia, J. y Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Revista de Psicología y Salud*, 19(2), 189-196.
- Neil-Urban, S. y Jones, J. (2002). Father-to-Father Support: Fathers of Children with Cancer Share Their Experience. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 19(3), 97-103 DOI: 10.1177/104345420201900304
- Olavarría, J. (2000). Ser padre en Santiago de Chile. En N. Fuller (Ed.) *Paternidades en América Latina* (pp. 129-173). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2007). Control del Cáncer. Recuperado de [http://www.who.int/cancer/publications/cancer\\_control\\_advocacy/es/](http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_advocacy/es/)
- Palkovitz, R. (2002). Involved fathering and child development: Advancing our understanding of good fathering. En: *Handbook of father involvement: multidisciplinary perspectives*. London
- Paquette, D.; Bolté, C.; Turcotte, G.; Dubeau, D.; Bouchard, C; (2000). A new typology of fathering : Defining and associated variables. *Infant and Child Development* 9, 213–230.
- Rait, D. y Lederberg, M. (1990). The family of the cancer patient. En: *Handbook of psychooncology*. Editado por: Holland, J. & Rowland, J. New York: Oxford University Press.
- Rosenberg-Yunger, Z.; Granek, L.; Sung, L.; Klaassen, R.; Dix, D.; Cairney, J. y Klassen, A. (2013). Single-Parent Caregivers of Children with Cancer : Factors Assisting With Caregiving Strains. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 30(1), 45-65 DOI: 10.1177/1043454212471727
- Ruda S., Lourdes. (1998). *Representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad*. Investigación correspondiente a la residencia en psicología.



- Saraff, A., & Srivastava, H. C. (2010). Pattern and Determinants of Paternal Involvement in Childcare: An Empirical Investigation in a Metropolis of India. *Population Research And Policy Review*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11113-009-9139-4>
- Soler, L. (1996). *Afrontamiento y adaptación emocional en padres de niños con cáncer*. Tesis para optar por el título doctorado en Psicología. [Versión electrónica]. Disponible en: <http://www.geocities.com/CollegePark/Library/7893/>
- Watt, E. y Lynn, R. (2011). A Journey Within a Journey: The Lived Experience of Parents Who Do Not Live Near Their Child's Tertiary Cancer Center. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 28(4), 231-243 DOI: 10.1177/1043454211409583
- Wolff, J. R., Pak, J., Meeske, K., Worden, J., & Katz, E. (2011). Understanding why fathers assume primary medical caretaker responsibilities of children with life-threatening illnesses. *Psychology Of Men & Masculinity*, 12(2), 144-157. doi:10.1037/a0022391
- Wong, J. E. (2013). Father Enrollment and Participation in a Parenting Intervention: Personal and Contextual Predictors. *Family Process*, 52(3), 440-454.



# ANEXOS

## Anexo A

### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol, como participantes, en ella.

La presente investigación es conducida por la alumna del undécimo ciclo de la Facultad de Psicología, Carmen Liuba Ramírez Cárdenas, de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es dar cuenta del nivel de Compromiso Paternal en padres de niños de 0 a 5 años que padecen de cáncer.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un Cuestionario de 45 preguntas con respuestas opcionales de acuerdo a una escala Lickert y 8 frases incompletas, la cual le tomará aproximadamente 45 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la ficha de datos demográficos y al Cuestionario serán anónimas. Una vez usadas para los objetivos meramente académicos los registros físicos serán destruidos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Desde ya, le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la alumna de undécimo ciclo de la Facultad de Psicología, Carmen Liuba Ramírez Cárdenas. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es dar cuenta del nivel de Compromiso Paternal en padres de niños de 0 a 5 años que padecen de cáncer.

Me han indicado también que tendré que responder a un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente media hora.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora responsable al teléfono 987109290.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora responsable al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante  
(En letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha



## Anexo B

### Ficha de datos para el grupo de padres de niños con cáncer

#### DATOS DEL PADRE

**Nombre:**

**Edad:**

**Grado de Instrucción:**

**Estado civil:**

**Número de hijos:**

**Composición familiar:**

**Lugar de procedencia:**

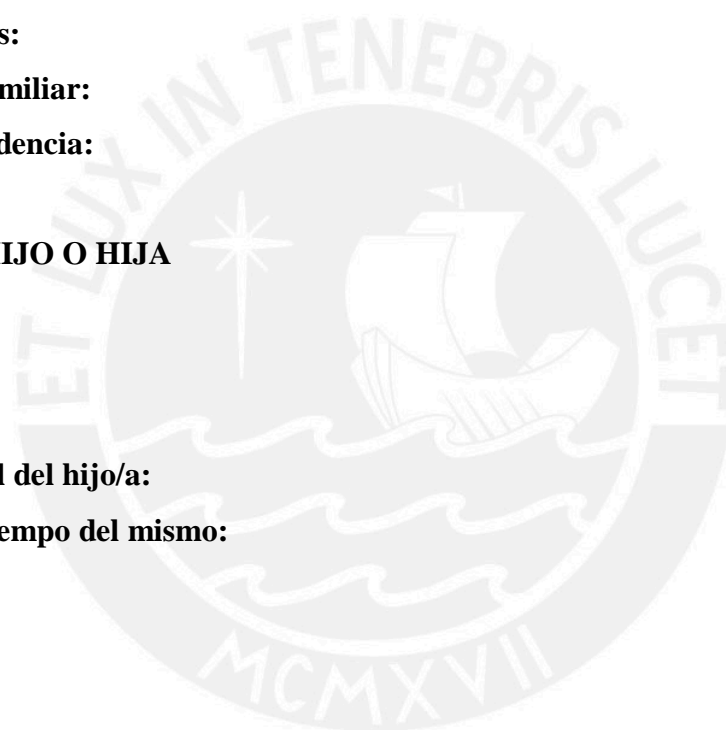
#### DATOS DEL HIJO O HIJA

**Nombre:**

**Edad:**

**Posición ordinal del hijo/a:**

**Diagnóstico y tiempo del mismo:**







## Anexo C

## Ficha de datos para el grupo de padres de niños aparentemente sanos

## DATOS DEL PADRE

Nombre:

Edad:

Grado de Instrucción:

Estado civil:

Lugar de procedencia:

## DATOS DEL HIJO O HIJA

1	<b>Nombre</b>	
	Edad	
	Estado de salud	
2	<b>Nombre</b>	
	Edad	
	Estado de salud	
3	<b>Nombre</b>	
	Edad	
	Estado de salud	
4	<b>Nombre</b>	
	Edad	
	Estado de salud	



## Anexo D

**Prueba de normalidad del puntaje global de compromiso paterno y cada una de las áreas para ambos grupos de estudio**

	Grupo de estudio (n=60)	
	SW	P
Compromiso	.983	.58
AM <sup>a</sup>	.949	.01
CB	.987	.76
D	.967	.11
E	.979	.38
I	.983	.56
SE <sup>a</sup>	.983	.57

Nota: SE= Soporte emocional, AM= Apertura al mundo, CB= Cuidados básicos, I=Interacciones, E= Evocaciones y D= Disciplina.

<sup>a</sup>=  $p < .05$  No Paramétrico

