

Compromiso paterno y la relación con sus conductas promotoras de salud

Paternal commitment and its association with health-promoting behaviors

Anabel Castillo-Carreño, Maritza Espinoza-Venegas y Luis Luengo-Machuca

Recibido 8 mayo 2018 / Enviado para modificación 22 julio 2018 / Aceptado 10 agosto 2018

RESUMEN

Objetivo Identificar el compromiso paterno y la relación con sus conductas promotoras de salud.

Método Estudio correlacional en 160 padres, pertenecientes a dos Centros de Salud Familiar, quienes respondieron las escalas de compromiso paterno y estilos de vida II, además de preguntas biosociodemográficas.

Resultados El 78,1% de los padres presentan en promedio un alto compromiso paterno. Las variables que influyen positivamente el compromiso paterno, son las conductas promotoras en salud, la participación de éste en el parto y en los controles de salud de su hijo. La edad evidenció influencia negativa sobre el compromiso paterno. Correlaciones más altas de compromiso paterno, se observaron con las dimensiones de crecimiento espiritual y relaciones interpersonales, y más baja con la dimensión de actividad física. El compromiso paterno se mostró mayormente a través de actividades hacia sus hijos tales como alimentarlos, vestirlos y jugar.

Conclusión Los padres participan más activamente en la crianza de sus hijos y como implícitamente son modelos de salud para éstos, se afirma la necesidad de crear y/o mantener estrategias para propiciar conductas promotoras de salud en los padres por parte de los profesionales de salud, puesto que influyen favorablemente el compromiso paterno.

Palabras Clave: Promoción de la salud; estilo de vida; estilo de vida saludable; conducta paterna; relaciones padre-hijo; enfermería (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To identify the association of paternal commitment and health-promoting behaviors.

Methods Correlational and predictive study in 160 parents attended in two Family Health Centers, who responded to the scales of paternal involvement and lifestyles II, as well as biosociodemographic questions.

Results On average, 78.1% of the fathers were highly committed. The variables that positively influence paternal commitment are health-promoting behaviors, and their participation in childbirth and routine checkups of their children. Age had a negative influence on paternal commitment. Higher correlations of paternal commitment were observed in the dimensions spiritual growth and interpersonal relationships, while it was lower in the physical activity dimension. Father's commitment was mostly evident in activities done together with their children such as feeding, dressing and playing.

Conclusion Fathers participate more actively in the upbringing of their children. Considering that they are implicitly health role models for children, there is a clear need to create and/or maintain strategies to encourage health-promoting behaviors in fathers by health professionals, since they favorably influence paternal commitment.

Key Words: Health promotion; life style; healthy lifestyle; paternal behavior; father-child relations; nursing (*source: MeSH, NLM*).

AC: Enf. M. Sc. Enfermería. Departamento de Fundamentos de Enfermería y Salud Pública. Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. anabelcastillo@udec.cl
ME: Enf. M. Sc. Enfermería, Doctora en Enfermería. Departamento de Materno infantil, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. mespinoz@udec.cl
LL: Profesor. M. Sc. Estadística Aplicada. Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. lluengom@udec.cl

La participación del padre en la crianza se ha valorado crecientemente en los últimos años, debido al cambio cultural de nuestra sociedad, dado en la forma de pensar y actuar con respecto a la responsabilidad en la crianza y el cuidado de los hijos. La evidencia confirma que una presencia activa del padre impacta positivamente en estos (1,2), tanto en salud, éxito académico, desarrollo social, emocional como en la identidad sexual (3).

Con lo anterior, sumado a la modernización y al cambio en la socialización de los roles en nuestro país, se observa que el padre ha adquirido gradualmente mayor compromiso en la crianza. Sin embargo, aún falta lograr la corresponsabilidad de ésta (4).

A raíz de esto, en las últimas décadas se han desarrollado modelos teóricos y conceptualizaciones que intentan explicar la participación del padre en la crianza de los hijos (6,7). La mayor potenciación e investigación en esta área, ha derivado en un constructo multidimensional de “compromiso paterno” (5). Este es definido como «La puesta en práctica de las habilidades del padre de sexo masculino para involucrarse en las tareas de cuidado de su hijo (Cabrera, 2007)». De éste, se han derivado instrumentos que permiten evaluarlo. Uno de ellos, es el “Questionnaire déngagement paternel” (QEP) (Paquette, 2009) (3), y en base a éste, otro autor (6) adaptó y validó en Perú, la escala de compromiso paterno, ampliando el concepto: «Al 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» (Domecq, 2010), siendo además utilizada en contextos pediátricos oncológicos (7).

A su vez, el Modelo de Promoción de la Salud (8), valora la importancia de la conducta del individuo en el fomento de su propio bienestar y el de los demás por medio de acciones dirigidas a resultados de salud positivos. Estudios confirman, que un padre con conductas promotoras de salud, potenciaría su compromiso paterno y con ello también permitiría incentivar la salud, en la familia, y en especial en sus hijos, por su influencia como modelo de imitación (8,9). Así mismo, la promoción de la salud, forma parte de las acciones primordiales de la atención primaria en salud, que promueve estilos de vida saludable, así, como también, que incentive y refuerce la participación del padre en el cuidado y la corresponsabilidad de la crianza (4). A nivel local, se visibiliza escasos estudios que describan esta realidad, por lo que es de gran valor evidenciar, no sólo la participación del padre en la crianza, sino también en relación con su propia salud. Es por esto, que el objetivo de este estudio fue, Identificar el compromiso paterno y la relación con sus conductas promotoras de salud, realizado en dos Centros de Salud Familiar de la comuna de Concepción, durante el año 2016.

METODOLOGÍA

Estudio transversal, correlacional y predictivo, realizado a una muestra por conveniencia en dos Centros de Salud Familiar (Cesfam) de la comuna de Concepción. El tamaño muestral fue de 160 elementos que se calculó en base a la media de la escala estilos de vida 11 (10). Se incluyó al padre biológico o adoptivo, sin importar estado civil, que residiera o no con sus hijos, y que estuviera asumiendo crianza del hijo/a menor de nueve años. La pérdida de elementos muestrales fue de un 25%. Sin embargo todos los elementos fueron sustituidos hasta alcanzar el tamaño calculado. Las causas fueron: ausencia del padre al momento de la visita, domicilio sin moradores, rechazo de la entrevista y datos de domicilios errados. La recolección de datos fue a través de una entrevista única al padre en visita domiciliaria previamente concertada o al momento de acudir al Cesfam.

El instrumento estuvo conformado por la escala de compromiso paterno de Domecq (8), que midió el compromiso paterno; la escala estilos de vida 11 de Nola Pender, versión para adultos validada al español por Walker (11), que permitió identificar las conductas promotoras de salud, ambos validados y por el perfil de la muestra conformado por preguntas biosociodemográficas y de participación en la crianza del padre.

Escala de Compromiso paterno (CP): Consta de 45 ítems que describen las actividades que realizan los padres para fomentar el cuidado de sus hijos, distribuidos en seis dimensiones: soporte emocional o afectivo, apertura al mundo, cuidados básicos, interacciones, evocaciones y disciplina. Los ítems son valorados en formato tipo Likert de 1 a 5 (Nunca a muy frecuente). Para la calificación del compromiso paterno, se suman los puntajes, teniendo en cuenta la existencia de 6 ítems que reciben una calificación inversa [2,7,26,28,34,42]. Del puntaje total se determinan tres niveles de CP: alto (>179), mediano entre 166 y 179 y bajo (<166). La confiabilidad para la escala total para un estudio en Perú fue de 0,90 mientras que las dimensiones oscilaron entre 0,66 hasta 0,85 (6,7). Resultados similares se obtuvieron en este estudio, donde la confiabilidad de la escala total fue de 0,93 y de 0,66 hasta 0,79 para las dimensiones.

Escala estilos de vida 11, conformada por 52 ítems distribuidos en seis conductas promotoras de salud: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés. Los ítems se valoran en escala Likert de 1 a 4, (Nunca a rutinariamente). La puntuación de estilo de vida global que promueve la salud, se obtiene de la sumatoria de todos los ítems de la escala. Se considera que el total de 208 puntos corresponde a estilo de vida saludable. Para con-

servar la métrica¹⁻⁴ de las respuestas y permitir comparaciones de las dimensiones, es necesario calcular la media por cada una de las dimensiones. La puntuación media de cada una de las dimensiones, se calcula dividiendo el puntaje total, por el número de ítems de cada una de las respectivas dimensiones (11). La confiabilidad Alfa Cronbach informada en Chile, fue de 0,88 y de 0,77 a 0,85, en las diferentes dimensiones de estilo de vida saludable de las personas (9). En este estudio Alfa de Cronbach para la escala global fue de 0,95 mientras que en las dimensiones oscilaron entre 0,74 y 0,88.

Procesamiento de datos

Se comenzó con un análisis descriptivo univariado (tablas de frecuencia, medidas de resumen, gráficos y verificación de normalidad) de variables sociodemográficas y de escalas utilizadas (puntaje global y por ítems). Luego se continuó con análisis bivariado, y de correlación de Spearman. Se revisaron las propiedades psicométricas a través del coeficiente Alpha de Cronbach. Finalmente, se realizó análisis multivariado a través de regresión lineal múltiple con verificación de supuestos. Los contrastes se consideraron significativos al 5%. Para el análisis se utilizó el software SPSS.

En cuanto a los aspectos éticos, ésta investigación contó con la aprobación del comité de ético científico del Servicio Salud Concepción y las autorizaciones de los respectivos directivos de los Cesfam. Por la temática privada que indaga se decidió no revelar el nombre de los establecimientos a la cual pertenece la población estudiada. Antes de la aplicación del instrumento se solicitó el consentimiento del padre y la posibilidad de retirarse en cualquier momento.

RESULTADOS

Perfil de la población de estudio

La edad promedio fue de 34,4 (DE=8,4), siendo mayor el porcentaje padres adulto joven y medio. Un 36,9%, de los entrevistados había cursado hasta la enseñanza media, un 84% trabajaba al momento de la entrevista y un 54% estaban casados. En cuanto a características de las familias un 62,5% eran nucleares con hijos, la gran mayoría de los entrevistados vivían con estos, y en promedio tenían 2 hijos. Los hábitos descritos por los padres evidenciaron, que el 42% presentaba algún comportamiento tabáquico y cerca del 60% mencionó que era bebedor ocasional (Tabla 1).

Participación de la crianza

Un 79% de los padres mencionaron que participaban diariamente en la crianza de sus hijos, entre 1 y 6 horas al día en su mayoría. Las actividades parentales que realizan

con mayor frecuencia eran alimentarlos, vestirlos y jugar (dato no mostrado). La mayoría menciona que ha participado en el control de salud de su hijo, así como en su nacimiento. Cerca del tercio (37%) de los padres ha hecho uso de post-natal (Tabla 1).

Tabla 1. Características Bio-socio-demográficas y participación del padre en la crianza

Variables	Frecuencia	%	
Rango edad	15-25 años	21	13,1
	26-40 años	100	62,5
	41-55 años	38	23,8
	55-65 años	1	0,6
	Total	160	100,0
Nivel ocupacional	Cesante	9	5,6
	Trabajador	134	83,8
	Estudiante	5	3,1
	Estudia/trabaja	11	6,9
	Jubilado	1	0,6
Total	160	100,0	
Estado civil	Soltero	35	21,9
	Casado	86	53,8
	Separado	3	1,9
	Divorciado	5	3,1
	Conviviente	31	19,4
	Total	160	100,0
Consumo de tabaco	No fumo	85	53,1
	Fumo ocasionalmente	44	27,5
	Fumador diario	24	15,0
	Exfumador	7	4,4
	Total	160	100,0
Consumo de alcohol	No bebe	63	39,4
	Bebe ocasional	95	59,4
	Bebedor 1 vaso diario	1	0,6
	Bebedor diario	1	0,6
	Total	160	100,0
Participación del padre en la crianza			
Participación en control de salud de sus hijos	Nunca	2	1,3
	Escasamente	10	6,3
	Regularmente	36	22,5
	Casi siempre	46	28,7
	Siempre	66	41,3
Participación en el parto de los hijos	Si	139	86,9
	No	21	13,1
	Total	160	100,0
Uso del post natal	Si	59	36,9
	No	101	63,1
Número de días que dedica	Todos los días	127	79,4
	Solo fines de semana	12	7,5
	Un día a la semana	2	1,3
	Dos días a la semana	4	2,5
Horas al día que dedica a sus hijos	Tres días a la semana	15	9,4
	0-6 horas	115	71,9
	7-12 horas	35	21,9
	13-18 horas	1	0,6
	19-24 horas	9	5,6

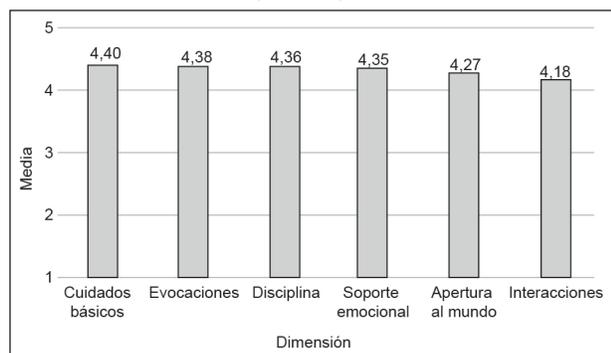
Resultados de la aplicación de los instrumentos

Escala de compromiso paterno

El análisis univariado indicó una distribución anormal de los datos (Kolmogorov-Smirnov). La escala global identificó un 78,1% de los padres con alto compromiso paterno,

mientras que un 14,4% manifestó un compromiso paterno en rango medio y un 7,5% en rango de bajo compromiso paterno. Muestra que las dimensiones observaron puntuaciones sobre 4 (rango 1-5), y pocas diferencias en los puntajes promedio, siendo el más alto, el área de cuidados básicos con $x=4,40$ ($DS=0,6$) (Figura 1).

Figura 1. Distribución de las dimensiones escala compromiso paterno



Relación conductas promotoras de salud con el compromiso paterno

Las conductas promotoras de salud correlacionaron positiva y significativamente con compromiso paterno con R (Spearman)=0,57 con $p>0,001$. La misma tendencia se mostró entre correlaciones de las dimensiones de ambas escalas, observando mayor correlación del compromiso paterno con la dimensión de crecimiento espiritual con R (Spearman)=0,60 con $p>0,001$ y relaciones interpersonales con R (Spearman)=0,58 con $p>0,001$; la correlación más baja, aunque igual significativa, se observó con la dimensión de manejo de estrés con R (Spearman)=0,37 con $p>0,001$ (Tabla 2).

Conductas promotoras de salud

El puntaje promedio de las conductas promotoras en salud fue de 136,6 ($DE=25,0$), el 45% de los entrevistados obtuvieron puntajes iguales o superiores a la media (Rango de escala 52-208 puntos). Presenta mejor puntaje pro-

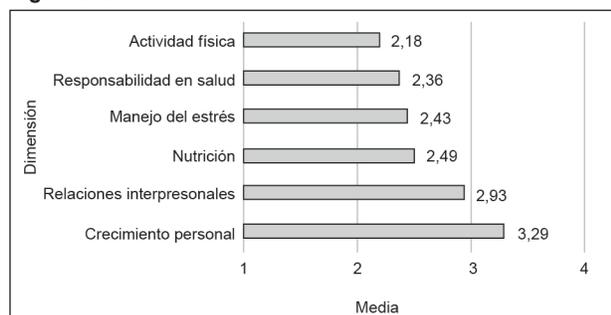
Tabla 2. Relación entre las conductas promotoras de salud (dimensiones) con el compromiso paterno

		Estilo de vida II (Global)	RS	AF	NT	CE	RI	ME
Compromiso paterno (global)	R-Spearman	0,57(**)	0,46(**)	0,35(**)	0,41(**)	0,60(**)	0,58(**)	0,37(**)
	p-valor	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Soporte emocional	R-Spearman	0,54(**)	0,43(**)	0,33(**)	0,39(**)	0,56(**)	0,51(**)	0,35(**)
	p-valor	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Apertura al mundo	R-Spearman	0,49(**)	0,41(**)	0,27(**)	0,34(**)	0,51(**)	0,52(**)	0,29(**)
	p-valor	0,00	0,00	0,001	0,00	0,00	0,00	0,00
Cuidados básicos	R-Spearman	0,46(**)	0,40(**)	0,32(**)	0,42(**)	0,45(**)	0,36(**)	0,28(**)
	p-valor	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Interacciones	R-Spearman	0,48(**)	0,42(**)	0,28(**)	0,34(**)	0,49(**)	0,47(**)	0,33(**)
	p-valor	0,00	0,00	0,00	0,00	,00	0,00	0,00
Evocaciones	R-Spearman	0,41(**)	0,25(**)	0,27(**)	0,26(**)	0,46(**)	0,47(**)	0,26(**)
	p-valor	0,00	0,001	0,001	,001	0,00	0,00	0,001
Disciplina	R-Spearman	0,51(**)	0,42(**)	0,32(**)	0,39(**)	0,52(**)	0,51(**)	0,33(**)
	p-valor	0,00	,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). RS (Responsabilidad en Salud); AF (Actividad Física); NT (Nutrición); CE (Crecimiento Espiritual); CE); Relaciones Interpersonales (RI); Manejo del Estrés (ME)

medio en la dimensión de Crecimiento espiritual, y más bajo en las dimensiones de Actividad física, y Responsabilidad de salud (Figura 2).

Figura 2. Distribución de las dimensiones escala estilo de vida II



Análisis de regresión múltiple

Tomando en cuenta las variables que resultaron relacionadas significativamente (variables independientes) con Compromiso Paterno (variable dependiente) y para establecer la influencia sobre ésta, se realizó el análisis de regresión lineal con el método usado de STEPWISE o “Pasos sucesivos”, que previamente comprobó los supuestos del modelo.

Los resultados seleccionaron cuatro variables. Conductas promotoras en salud, edad, participación del padre en el parto y control de salud. Estas explicaron un 44% de la varianza de la variable dependiente: Compromiso Paterno con R^2 corregida=0,44.

Los coeficientes de regresión estandarizados que permitieron valorar la importancia relativa de cada variable in-

Tabla 3. Coeficientes regresión lineal para la variable dependiente compromiso paterno

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	123,19	11,60		10,62	0,00
Estilos de vida (Global)	0,42	0,05	0,50	8,20	0,00
Edad	-0,34	0,16	-0,14	-2,09	0,04
Participación en el parto	14,0	3,99	0,23	3,50	0,001
Control de salud	3,47	1,28	0,17	2,71	0,008

dependiente dentro de la ecuación. La variable “conductas promotoras en salud”, es la que asumió el valor más alto, indicando que los estilos de vida del padre, seguido de “la participación del padre en el parto” y en los posteriores “controles de salud” ejercieron en esta muestra de estudio, una influencia positiva sobre el “compromiso paterno”.

Lo contrario sucedió con la edad del padre que influyó negativamente el compromiso paterno (Sig.=0,000) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La familia es el medio más valioso para el buen desarrollo psicológico y existencial de todo ser humano y más esencial lo es, durante el período de la infancia (12). A su vez, la familia ha sufrido grandes transformaciones estructurales y funcionales, que está generando una apertura casi obligada a que los padres puedan y deban involucrarse más activamente en su rol paterno. Desde lo científico, se reconoce hoy en día, que los hombres y mujeres poseen capacidades parentales similares y el niño que tiene más de una figura de apego, o más de una persona que lo quiere, tendrá una base más sólida para enfrentar el mundo (13). El compromiso paterno es decisivo también en el desarrollo saludable del niño y en como éste, aprenderá conductas saludables desde los modelos parentales.

Los resultados de este estudio entregaron evidencia sobre el compromiso paterno y la relación significativa con las conductas promotoras de salud de éste, que indica una influencia positiva, tanto en el aspecto global, como en las dimensiones que las componen, que se traduce en que mientras mayor son las conductas promotoras de salud mayor es el compromiso paterno. Los padres que presentan mayor participación con sus hijos, también muestran características de mayor crecimiento espiritual y de mejores relaciones interpersonales.

Estas características potenciarían efectos positivos de su rol paterno que forma parte de una sociedad que gradualmente ha ido promoviendo de manera más activa este compromiso, que antes estaba socialmente destinado a la mujer (14).

También se observa un cambio favorable en los padres, en el tiempo que dedican a las actividades de crianza que

realizan con sus hijos, que no solo son alimentar, vestir y jugar (15), sino también, se han incorporado comportamientos de mayor involucramiento paterno desde el nacimiento, como su participación en el parto. En décadas anteriores, no existía la posibilidad de que el padre participara en éste, y sólo después de los 90s, comienza en el marco de nuevas políticas públicas con enfoque en salud familiar, la inclusión del padre en el parto. Sin embargo, este cambio no fue dado de manera espontánea, sino que fue posibilitado e impulsado por influencias político-sociales (16). Estudios nacionales posteriores (4) a las modificaciones impulsadas, son coincidentes con los resultados de este estudio, donde el porcentaje alcanza a cerca del 90% de participación en el parto.

Otra actividad de alta participación paterna, evidenciada en este estudio, y que resultó influenciar positivamente el compromiso paterno, es la asistencia del padre a los controles de salud. Las cifras aparentemente van en aumento, porque estudios anteriores (17), identifican que solo el 41% de los entrevistados afirman participar en controles de salud de sus hijos, mientras que en otros estudios, lo señalan en porcentajes aún más bajos con un 24% (4) a diferencia de lo evidenciado en esta población, donde se señala que la mayoría asistió casi siempre a los controles de salud.

Es favorable observar mayor compromiso paterno, sobre todo en los padres más jóvenes, como lo muestran los resultados de este estudio, reflejando un cambio cultural positivo para la vida familiar y comunitaria (17,18), lo que indica la necesidad de reconocer desde la atención en salud, el rol de los padres en la crianza de sus hijos y como éstos interactúan para transmitirles conductas saludables (19), por consiguiente, se realizó la medición de éstas conductas promotoras en los padres en este estudio, las que resultaron favorables en menos de la mitad de la muestra, cifras semejantes con otros estudios, que evidencian a los hombres con menos conductas promotoras de salud que las mujeres (10), describiendo estilos de vida menos saludables y conductas más riesgosas (20). La conducta promotora menos favorable fue la de actividad física, siendo éste, un factor de riesgo relevante y frecuente en la población en general, y que se asocia además a un alto porcentaje de sedentarismo (21).

Además de la baja actividad física, un tercio de los entrevistados mantenía un consumo ocasional de tabaco, mientras que más de la mitad bebía alcohol ocasionalmente, siendo preocupante, porque son comportamientos de elevado riesgo, no sólo por problemas relativos al consumo, sino por el consecuente aumento de patologías crónicas que subyacen (22,23).

Estas conductas poco saludables que muestran los padres, constituyen modelos de comportamiento, que podrían ser transmitidos a sus hijos a través de las experiencias de vida. Esto orienta, la importancia de utilizar herramientas para mejorar los estilos de vida de la población masculina, especialmente en los padres (9,20).

Las conductas promotoras en salud, son relevantes en las personas, ya que potenciarían el bienestar integral del individuo para alcanzar su óptimo estado de salud (24). Es por esto, la importancia de trabajar con los padres, desde el ámbito salud, para que estos fortalezcan sus instancias de aprendizaje en el cuidado de su salud (25,26), y puedan incidir favorablemente en el desarrollo y bienestar de sus hijos (27,28). La población adulta es el ejemplo a seguir para niños y adolescentes, por lo mismo un padre comprometido con su paternidad y que además desarrolla conductas promotoras de salud, generaría mayores instancias de involucramiento que permitan educar a los hijos en el cuidado de la salud (9,12), siendo un modelo de imitación en el proceso de socialización (9).

Los resultados expuestos sugieren considerar en futuras investigaciones intervenciones que incentiven las conductas promotoras de salud relacionadas directamente con el compromiso paterno, como la invitación de los padres que asisten al control de salud de sus hijos, a realizar chequeos preventivos, como estrategia para estimular la adopción de estilos de vida saludable. Es por consiguiente, que se propone que estos resultados marquen un punto de partida para avanzar en esta temática, y sea un aporte al bienestar saludable y a la plena transformación de estructuras y roles en las familias.

Finalmente, aunque se reconocen limitaciones en el presente estudio, que no permiten la generalización de los resultados, por el tipo de muestreo y la anormalidad en la distribución de los datos, es posible describir que se evidencia, un cambio favorable del compromiso que describen los padres hacia sus hijos, y que es preponderante intervenir favorablemente en sus estilos de vida especialmente los relacionados con los problemas de salud más relevantes y que coinciden con los de la población chilena ♣

Agradecimientos: Al personal de los Centros de Salud Familiar que facilitaron que esta investigación se llevara a cabo, Comité Ético Científico Servicio Salud Concepción y Facultad de Enfer-

mería, a los colaboradores de la investigación, a las familias y en especial a los padres de las familias entrevistadas ♦

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Planalp EM, Braungart-Rieker JM. Determinants of Father Involvement with Young Children: Evidence from the Early Childhood Longitudinal Study-Birth Cohort. *J. Fam. Psychol.* 2016; 30(1):135-46.
2. Campbell CA, Howard D, Rayford BS, Gordon DM. Fathers Matter: Involving and Engaging Fathers in the Child Welfare System Process. *Child. Youth Serv. Rev.* 2015; 53:84-91.
3. Paquette D, Coyl-Shepherd D, Newland L. Fathers and development: new areas for exploration. *Early Child Dev. Care.* 2013; 183(6):735-745.
4. Aguayo F, Kimelman E, Correa P. Informe: Estudio sobre la Participación de los Padres en el Sistema Público de Salud de Chile. Informe Final. Chile: Cultura Salud/MINSAL 2012; Disponible en: <https://goo.gl/smdV7H>.
5. Cabrera N, Fitzgerald H, Bradley R, Roggman L. The Ecology of Father-Child Relationships: An expanded Model. *Journal of Family Theory & Review* 2014 Dic; 6(4):336-354.
6. Domecq GG. Construcción y Validación de una escala para medir el Compromiso Paterno. [Tesis] Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica. Lima, Perú, 2010. Disponible en: <https://goo.gl/cn4uim>.
7. Ramírez CC. Compromiso paterno en padres varones de niños con cáncer de entre tres a cinco años de edad. [Tesis] Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica. Lima, Perú. 2014. Disponible en: <https://goo.gl/2nLQ4F>.
8. Sakraida T, Nola J. Pender: Modelo de Promoción de la salud. En: Marriner-Tomey A, Allgood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª Ed. Madrid: Elsevier Science; 2011.
9. Gaete J, Rojas-Barahona C, Olivares E, Chen Mei-Yen. Influencia de las conductas promotoras de salud de los padres en la de sus hijos adolescentes. *Rev. Méd. Chile* [Internet]. 2016; 144(7):870-8.
10. Cid HP, Merino E, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev. Méd. Chile* [Online]. 2006; Dic 134(12):1491-1499. Disponible en: <https://goo.gl/21aq5M>.
11. Pender N. The Health Promotion Model. Manual. 2011. Disponible en: <https://goo.gl/7hUfX5>.
12. Pérez F, Olhaberry M. Involucramiento del Padre en la Crianza: Una mirada triádica de las relaciones familiares tempranas. *Summa Psicológica UST.* Febrero 2014; 11(2):9-18. Disponible en: <https://goo.gl/g4aS18>.
13. Márquez F, Bertolozzi MR. Rol social y participación del padre en la crianza de sus hijos/as en la historia de Chile. 43. 2013, *Horiz Enferm.* 24(1):42-49. Disponible en: <https://goo.gl/X7q6uZ>.
14. Villalón U H, Toro G R, Riesco C I, Pinto C M, Silva V C. Participación paterna en la experiencia del parto. *Rev Chil Pediatr.* 2014; 85(5):554-60.
15. Zicavo M, Izquierdo E. Nuevos padres: construcción del rol paternal en hombres que participan activamente en la crianza de los hijos [Tesis], 2014; Universidad del Bío-Bío. Concepción. Disponible en: <https://goo.gl/u7gfHg>.
16. Silva MRSd, Bueno MEN, Ribeiro JP. Perception of fathers as for their involvement in activities with their children. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014; 35(1):14-21.
17. Martínez M, Rojas OL. Una nueva mirada a la participación masculina en el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos en México. *Estudios demográficos e urbanos.* 2016; 31(3):635-62.
18. Schoeppe S, Trost SG. Maternal and paternal support for physical activity and healthy eating in preschool children: a cross-sectional study. *Bmc Public Health.* 2015; 15.

19. Zvara BJ, Schoppe-Sullivan SJ, Dush CK. Fathers' Involvement in Child Health Care: Associations with Prenatal Involvement, Parents' Beliefs, and Maternal Gatekeeping. *Fam. Relat.* 2013; 62(4):649-61.
20. Bernales SM. Chilean Men's Health: Perceptions and Relationships with the Public Health Care System [Tesis doctoral] The University of Auckland. School of Population Health 2013. Disponible en: <https://goo.gl/mpHXqg>.
21. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros Resultados. Ministerio de Salud, Chile 2017. Disponible en: <https://goo.gl/yDCJpq>.
22. MINSAL-Senda. El consumo de alcohol en Chile: situación epidemiológica. Ministerio de Salud, Chile. 2016. Disponible en: <https://goo.gl/SXA7DZ>.
23. Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez MC, Chávez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Cienc. enferm* 2014; 20(1):61-74.
24. García-Ubaque J C, García-Ubaque CA, Vaca-Bohórquez ML. Variables involved in the individual and collective practice of healthy habits. *Rev. Salud Pública (Bogotá)* 2014; 16(5):719-732.
25. Espinoza R. Una mirada al involucramiento paterno: participación de los hombres jefes de hogar de la Gran Área Metropolitana de Costa Rica en actividades de cuidado directo. *Estudios demográficos y urbanos*: 2016; 31(2):301-329.
26. Holmberg JR, Olds DL. Father attendance in nurse home visitation. *Infant Ment. Health J.* 2015; 36(1):128-39.
27. Diaz CJ. Social mobility in the context of fathering: The intergenerational link in parenting among co-resident fathers. *Soc. Sci. Res.* 2014; 47:1-15.
28. Carrillo S, Bermudez M, Suarez L, Gutierrez MC, Delgado X. Father's Perceptions of their Role and Involvement in the Family: A Qualitative Study in a Colombian Sample. *Rev. Costarric. Psic.* 2016 Dic; 35(2):37-54.