

## Metasíntesis sobre el hombre como padre y cuidador de un hijo hospitalizado

Susana Maria Garcia dos Reis<sup>1</sup>  
Ana Carolina Andrade Biaggi Leite<sup>2</sup>  
Willyane de Andrade Alvarenga<sup>2</sup>  
Jeferson Santos Araújo<sup>3</sup>  
Márcia Maria Fontão Zago<sup>4</sup>  
Lucila Castanheira Nascimento<sup>4</sup>

Objetivo: identificar, analizar y sintetizar los resultados de estudios cualitativos primarios que discuten la experiencia del padre en el cuidado al hijo hospitalizado. Método: se trata de metasíntesis cualitativa por medio de la cual fueron analizados 12 artículos, seleccionados en las bases de datos *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, *Public Medline*, *Scopus*, *PsycINFO* y *Web of Science*, publicados entre 1995 y 2015. Las etapas metodológicas propuestas por Sandelowski y Barroso se utilizaron para sistematizar la revisión, así como conceptos de la antropología de las masculinidades, para análisis y discusión de la síntesis. Resultados: la síntesis fue presentada por dos temas: 1) dilemas paternos - lo que el hombre siente y enfrenta durante la hospitalización del hijo, destacando el involucramiento emocional y cambio en la relación familiar y laboral, y 2) identidades paternas - masculinidades reajustadas ante el adolecer del hijo, que revela marcas identitarias y la paternidad reprimida, en el ambiente hospitalario. Ambos temas ilustran los retos y el reajuste de la identidad paterna. Consideraciones finales: conocer las vivencias del padre durante la hospitalización del hijo y la manera como los desafíos para el reajuste de papeles relativos a la masculinidad puede ampliar el alcance de la enfermería, y de los demás profesionales de salud, alertando sobre la importancia de incluir al padre como protagonista o coadyuvante en el cuidado del niño hospitalizado.

Descriptores: Padre; Niño Hospitalizado; Masculinidad; Investigación Cualitativa; Enfermería Pediátrica.

<sup>1</sup> Alumna del curso de graduación en Enfermería, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Investigador, Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Reis SMG, Leite ACAB, Alvarenga WA, Araújo JS, Zago MMF, Nascimento LC. Meta-synthesis about man as a father and caregiver for a hospitalized child. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2922. [Access   ]; Available in:  URL. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1850.2922>.  mes  día  año

URL

## Introducción

A pesar de que las diferencias entre los conceptos de paternidad y maternidad son interpretadas de varias formas, en determinadas culturas, la identidad de cuidador del niño, asumida históricamente por la mujer, parece ser consenso universal cuando analizada por la perspectiva hegemónica de la masculinidad<sup>(1-2)</sup>. Sin embargo, las masculinidades se multiplican en el universo cultural de los hombres, y ciertamente coexisten entre las estructuras de poder social establecidas; así, complicidades, subordinaciones, marginaciones, entre otras, también son relaciones de poder presentes en las identidades paternas.

En cuanto al cuidado prestado durante la enfermedad del hijo, aún cuando el cuidador principal es la mujer, hay reorganización de la familia y redistribución de papeles entre sus miembros, ante la situación de enfermedad y hospitalización del niño<sup>(3)</sup>. En esta fase, una gama de sentimientos atraviesan la identidad del padre, como amor, responsabilidad, preocupación, miedo, ansiedad, estrés, culpa, tristeza, impotencia, desamparo e incertidumbre respecto a la mejora del hijo<sup>(3-4)</sup>.

La distribución de papeles identitarios en la familia tradicional, en la cual el hombre es reconocido como el proveedor y la mujer como la cuidadora, ha sido modificada a lo largo de los años<sup>(5)</sup>. Este cambio se deriva sobre todo de cambios sociales y económicos, destacándose la permanencia de la mujer por mayor período de tiempo fuera de su residencia, y culminó en la redefinición de los papeles participativos del padre en el cuidado a los hijos<sup>(5)</sup>.

En la actualidad, los investigadores han destacado que, en la situación de hospitalización del niño, el padre asume el cuidado de los hijos sanos y las actividades domésticas y, al mismo tiempo, desarrolla actividades laborales para la provisión de la familia, mientras que la madre es responsable de acompañar al niño hospitalizado, abdicando de sus actividades diarias<sup>(3)</sup>. Incluso cuando los profesionales de la salud valoran la presencia del padre como cuidador en el contexto hospitalario<sup>(6)</sup>, todavía recae sobre la madre el papel de principal cuidadora del niño<sup>(3)</sup>.

Bajo el aspecto social, la presencia del padre como cuidador, en el hospital, ha sido poco observada, así como la incorporación de esa identidad por los padres. Así, además del factor emocional, otros impactos recaen sobre la madre debido a la hospitalización del hijo, tales como sobrecarga y preocupación con la rutina doméstica, con la familia en el domicilio, con el niño enfermo y con el contexto de la hospitalización<sup>(3)</sup>.

Cuando el padre asume la función de cuidador, se observa una contribución positiva para toda la

familia, principalmente en relación al desarrollo físico, emocional, intelectual y social del niño<sup>(7)</sup>. Sin embargo, el hombre muestra dificultad en asumir ese papel y se considera coadyuvante de la mujer en esa función, por creer que ella lo desempeña mejor<sup>(4)</sup>.

Las identidades hegemónicas masculinas, asumidas históricamente por los hombres, padres de familias tradicionales occidentales, ayudan a comprender por qué defienden la reproducción de estereotipos conductuales no concordantes con la función de cuidador. En diversas culturas, asumir el cuidado de los hijos es interpretado como la incorporación de identidad hipomasculina o femenina, que no condice con el poder y dominio ejercidos por el hombre patriarcal<sup>(8)</sup>. Así, los hombres se distancian del cuidado y se aproximan a las prácticas valorativas de su identidad de protector, procreador, heterosexual y viril<sup>(2)</sup>.

El conocimiento acerca de las prácticas paternas en el cuidado al hijo hospitalizado todavía es escaso en comparación a estudios cuyo enfoque reside en la experiencia de la madre como cuidadora<sup>(9)</sup>. Una búsqueda fue conducida en la Cochrane Library para identificar posibles revisiones cualitativas sobre el cuidado del padre al niño hospitalizado, o el análisis de ese cuidado bajo la propia perspectiva paterna. Sin embargo, no fue identificada revisión que destacara los resultados de investigaciones cualitativas con objeto de estudiar el cuidado del padre al niño hospitalizado, independientemente del sector de internación, o el análisis de ese cuidado bajo la propia perspectiva paterna.

En diferentes revisiones de la literatura se evaluaron experiencias del padre de niños con cáncer<sup>(10)</sup> y / o diabetes tipo 1<sup>(11)</sup>, del padre con recién nacidos admitidos en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (Ucin)<sup>(12)</sup>, del padre al niño durante el primer año de vida del hijo<sup>(13)</sup>, su contribución al manejo de la condición crónica del hijo<sup>(14)</sup>, su participación en la hospitalización del hijo<sup>(15)</sup> y, además, las distintas percepciones de papeles entre padres orientales y occidentales ante situaciones de crisis relacionadas con la enfermedad del hijo<sup>(16)</sup>. La ausencia de revisiones sobre la experiencia del padre cuidador de un niño hospitalizado expresa la importancia de sintetizar el conocimiento actual de estudios cualitativos, basados en la perspectiva del padre que vive la hospitalización del hijo con diferentes condiciones clínicas. La interpretación y síntesis de estos datos cualitativos son aspectos cruciales para identificar la dirección de estudios futuros, maximizar la experiencia del padre, además de apuntar sus necesidades en el cuidado al hijo hospitalizado.

A la luz de la cuestión de la investigación "¿Cómo ha sido la experiencia paterna en el cuidado al hijo hospitalizado?", En el presente estudio se objetivó

identificar, analizar y sintetizar los resultados de estudios cualitativos primarios que abordaron la experiencia del padre en el cuidado al hijo hospitalizado.

## Método

Este estudio es una metátesis cualitativa. El enfoque adoptado para desarrollarla implicó las siguientes etapas, propuestas por Sandelowski y Barroso<sup>(17)</sup>: a) elaboración de la cuestión de investigación y problema, b) identificación sistemática y selección de los artículos a ser analizados, c) evaluación de los artículos, d) extracción de los datos y e) elaboración de la síntesis. Las recomendaciones que se describen en ENTREQ (Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research) se utilizaron para relatar la síntesis cualitativa<sup>(18)</sup>.

Se inició la búsqueda comprensiva de la literatura para identificar todos los artículos que usaron método cualitativo para describir la experiencia del padre en el cuidado al hijo hospitalizado. La búsqueda fue realizada por dos revisores, de manera independiente, en las bases de datos CINAHL, LILACS, PubMed, Scopus, PsycINFO y Web of Science. La siguiente combinación de descriptores y palabras clave se utilizó para conducir la búsqueda en la base de datos PubMed, así como en las demás bases de datos, con pequeñas adaptaciones (excepto en LILACS), de acuerdo con sus especificidades: "father" [descriptor [OR] [palabra clave] OR padre [palabra clave] AND "child, hospitalizado" [descriptor] OR ("child" AND "hospitalized") [palabra clave] OR "child hospitalized" [palabra clave] OR "father-child relations" [descriptor] OR ("father-child" AND "relations") [palabra clave]; OR ("father-child relations") [palabra clave] OR ("father" AND "child" AND "relations") [palabra clave]; Con los límites de fecha [01/01/1995 a 31/12/2015]; [Humano] e idioma [portugués, inglés o español]. En la LILACS, la siguiente estrategia de búsqueda fue usada: "pai" [descriptor] AND "relações pai-filho" [descriptor] OR ("relações" AND "pai-filho") [palabra clave] AND "criança hospitalizada" [descriptor] OR ("criança" AND "hospitalizada") [palabra clave].

Se incluyeron artículos publicados entre 1995 y 2015, en los idiomas inglés, portugués y español, que utilizaron método cualitativo, enfocados en la experiencia del padre, reportando su perspectiva sobre el cuidado al hijo hospitalizado entre 0 y 18 años. Se incluirían también artículos que reportaran la perspectiva del padre y de la madre, si los resultados relativos al padre fueran presentados separadamente de los de la madre. Se optó por excluir tesis y disertaciones, resúmenes publicados en anales de eventos, editoriales de revistas, revisiones de

literatura y artículos que abordasen la experiencia del padre en la perspectiva de otros familiares del niño o de los profesionales de salud. La búsqueda en las bases de datos ocurrió en mayo de 2015 y se actualizó en enero de 2016.

La Figura 1 ilustra el proceso de búsqueda en la literatura y su descripción siguió las recomendaciones PRISMA<sup>(19)</sup> para relatar el proceso de inclusión de los estudios. En total, se obtuvieron 136 referencias, de las cuales 118 fueron identificadas en las bases de datos y 18 en otras fuentes, derivadas del acervo personal de los autores de esta metátesis (N = 2), de la verificación de las referencias de los artículos incluidos (N = 1) y de revisiones de literatura relevantes sobre el cuidado paterno (N = 15)<sup>(10-16)</sup>. Se llegó al total de 119 artículos, tras la retirada de las referencias duplicadas. Dos revisores leyeron los títulos y resúmenes de estos artículos e hicieron sus juicios, en el primer momento de modo independiente, y en secuencia juntos, desde que los artículos cumplieran con los criterios de inclusión. Como resultado de este proceso, 28 artículos se adecuaron a los criterios de elegibilidad. Para evaluar la concordancia interobservadores, se realizó el cálculo de Kappa<sup>(20)</sup>, y el resultado obtenido indicó 0.943, lo que representa concordancia casi perfecta. A continuación, ambos revisores realizaron lectura independiente de los textos completos, de los 28 artículos, y con ayuda de un tercer revisor, experto en estudios cualitativos y en la temática del estudio, determinaron la elegibilidad final de los artículos. Después de esta etapa, se excluyeron 15 artículos debido al método de investigación (N = 5), ya que esos artículos no enfocaban la experiencia del padre como proveedor de cuidados (N = 7), se trataba de un resumen (N = 1) y debido al hecho que el niño no estaba hospitalizado (N = 2), lo que resultó en una muestra final de 13 artículos.

Se evaluó la calidad de los estudios a través del CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*)<sup>(21)</sup>, instrumento que consiste en *checklist* para evaluación de las investigaciones cualitativas. El instrumento está compuesto por 10 cuestiones, 2 de las cuales tratan de la aplicabilidad del instrumento al artículo y 8 del diseño de estudio, la estrategia de reclutamiento y recolección de datos, la reflexividad, la ética, el análisis de los datos, los resultados y las implicaciones de los estudios cualitativos. Dos revisores evaluaron de manera independiente los estudios, con base en los criterios listados arriba, y discutieron las divergencias entre sus evaluaciones para alcanzar conformidad. No se consideró pertinente excluir ninguno de los 13 estudios basados en la calidad, pues el objeto de estudio de esta metátesis pertenece a un área de conocimiento en desarrollo y, por lo tanto, todos fueron considerados importantes,

por contribuir a la comprensión de la experiencia del padre en el cuidado al hijo hospitalizado. Otro motivo fue la falta de concordancia sobre la decisión de incluir o no estudios basados en enfoques estructurados de evaluación de la calidad de las investigaciones<sup>(22)</sup>.

En el proceso de extracción y síntesis de los datos, primero, dos revisores realizaron lecturas sucesivas de los 13 artículos, en su totalidad, de los cuales extrajeron los datos de forma independiente. De acuerdo con la pregunta de la revisión, los datos fueron organizados en forma estandarizada, desarrollado por los revisores para ese propósito. Se extrajeron información sobre el método, los participantes del estudio y los resultados, a través de la evaluación minuciosa de los artículos, línea por línea. A continuación, los revisores, en conjunto, reevaluaron todos los datos extraídos, obteniéndose consenso sobre divergencias en la evaluación inicial.

Simultáneamente a la extracción de los datos, se realizó la codificación para elaborar las categorías relativas a la experiencia del padre en el cuidado al hijo hospitalizado, para facilitar la síntesis de los datos. El proceso de codificación de los resultados de los artículos

fue orientado por el análisis temático, compuesto por 6 fases: i) familiarizarse con los datos, ii) generar los códigos iniciales, iii) buscar los temas, iv) revisar los temas obtenidos, v) definir y nombrar los temas y vi) producir el informe final<sup>(23)</sup>. La codificación se realizó inductivamente, en la que los códigos eran continuamente comparados y relacionados. Posteriormente, los códigos fueron organizados por los revisores de manera independiente, en temas descriptivos, y después de forma conjunta, para resolver algún conflicto, interpretarlos críticamente y desarrollar los temas analíticos. Para completar la síntesis y maximizar la validez, un tercer revisor integró al equipo y atentamente verificó el ajuste de los códigos en cada categoría, así como los conceptos relacionados a las categorías enumeradas. Los temas fueron integrados y expandidos cuidadosamente, con el propósito de determinar una conceptualización general de los datos y, para tanto, conceptos de la antropología de las masculinidades<sup>(1-2,24)</sup> fueron utilizados para explicar los temas construidos. Así, fue posible una nueva interpretación para los resultados provenientes de los estudios primarios.

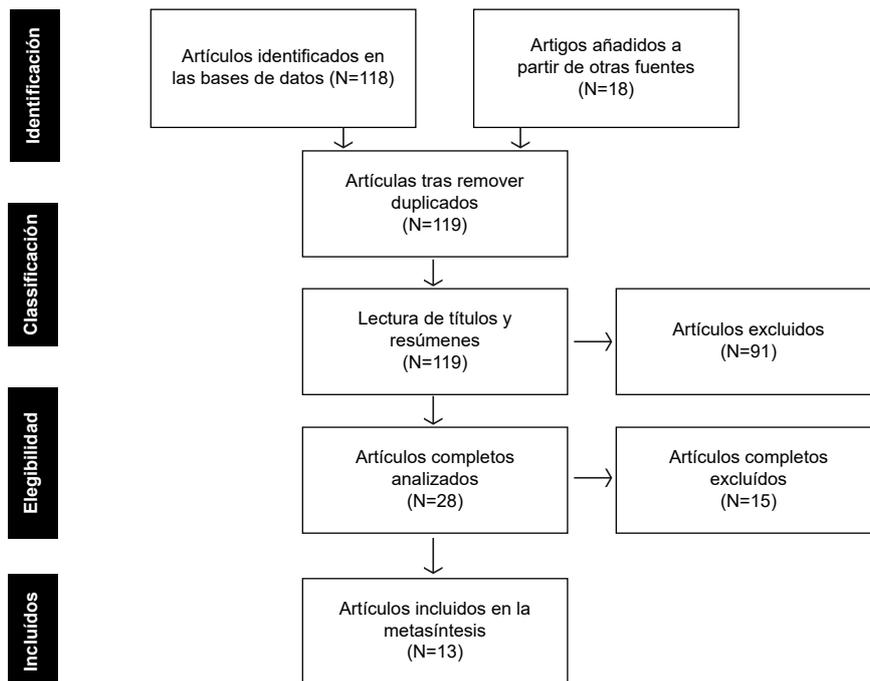


Figura 1 – Diagrama de flujo PRISMA del proceso de búsqueda en la literatura

## Resultados

Los estudios incluidos ( $n = 13$ ) se realizaron en Canadá ( $n = 5$ ), Brasil ( $n = 4$ ), Estados Unidos ( $n = 1$ ), Inglaterra ( $n = 1$ ) e Irlanda ( $n = 2$ ), tal como se ilustra en la Figura 2. Los 13<sup>(25-37)</sup> artículos incluyeron el total de 171 padres, mayores de 18 años y de diferentes etnias, que vivieron la hospitalización del niño en un ambiente de cuidados intensivos ( $n = 7$ )

y enfermeras pediátricas ( $n = 6$ ). Se utilizaron varios diseños cualitativos, incluyendo descripción cualitativa e interpretativa ( $n = 3$ ), exploratoria ( $n = 1$ ), exploratoria y descriptiva ( $n = 1$ ), teoría fundamentada en los datos ( $n = 2$ ), fenomenología ( $n = 2$ ), teoría de la ecología humana ( $n = 1$ ), etnografía ( $n = 1$ ), estudio de caso ( $n = 1$ ) e interaccionismo simbólico ( $n = 1$ ). En 5<sup>(25,27,29,31,34)</sup> estudios, no se presentó el encuadramiento teórico que sostuvo el desarrollo

del estudio. Estos artículos fueron nombrados en el presente estudio como cualitativos genéricos<sup>(38)</sup>, pues no fueron guiados por un conjunto explícito o establecido de premisas filosóficas, en forma de una metodología cualitativa conocida, tal como la teoría fundamentada en los datos por ejemplo<sup>(26,28)</sup>.

Respecto a la calidad de los estudios cualitativos, en general, se consideró buena, conforme Figura 3. La mayoría de los estudios<sup>(25-29,31-32,34-37)</sup> (n = 10) fueron considerados como reportando apropiadamente todas las cuestiones del *Checklist* CASP<sup>(21)</sup>. En uno de los estudios<sup>(26)</sup>, los aspectos éticos no fueron mencionados. En otro<sup>(30)</sup>, las informaciones relativas a la estrategia

de reclutamiento utilizada y a la relación entre el investigador y los participantes no fueron reportadas de forma adecuada. En un tercer estudio<sup>(33)</sup>, no se mencionó la información sobre la relación entre el investigador y los participantes.

Los resultados de los estudios fueron explorados y 2 temas principales pudieron ser construidos a través de la metátesis: a) dilemas paternos - lo que el hombre siente y enfrenta durante la hospitalización del hijo y b) identidades paternas - masculinidades reajustadas ante el adolecer del hijo. Estos temas se presentan en la Figura 4 e ilustran la perspectiva del padre en el cuidado al hijo hospitalizado.

Primer autor, año	País	Método	Participantes
Clark, 1999 <sup>(25)</sup>	Estados Unidos	Descriptivo/cualitativo genérico	N=8; blancos, asiáticos y afro-americanos; edad=23 a 40; padres de bebés de cero a 18 meses, hospitalizados en Unidad de Terapia Pediátrica (Utip) y unidad de pediatría general
Souza, 1999 <sup>(26)</sup>	Brasil	Fenomenología de Martin Heidegger	N=9; brasileños; edad= >18; padres de niños entre cero y 12 años, hospitalizados en Utip especializada en cardiopatías congénitas
McNeill, 2004 <sup>(27)</sup>	Canadá	Teoría de la ecología humana	N=22; indios, africanos, griegos, portugueses, italianos y ucranianos; edad=28 a 58; padres de niños hospitalizados; promedio de edad de 8,7 años y con artritis reumatoide juvenil
Moura, 2004 <sup>(28)</sup>	Brasil	Teoría fundamentada en los datos	N=10; brasileños; edad= >18; padres de niños con edad entre 1 mes y 4 años, hospitalizados en Utip
Arockiasamy, 2008 <sup>(29)</sup>	Canadá	Exploratorio/cualitativo genérico	N=16; indios, asiáticos y blancos (padres no identificados); edad=21 a 48; padres de bebés fallecidos o hospitalizados en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (Utin)
Nicholas, 2009 <sup>(30)</sup>	Canadá	Teoría fundamentada en los datos	N=16; Afganistán, India, Pakistán, Portugal, Trinidad, Estados Unidos y Canadá; promedio de edad =43; padres de niños en tratamiento oncológico, edad=1 a 17 años
Fontoura, 2011 <sup>(31)</sup>	Brasil	Exploratorio-descriptivo/cualitativo genérico	N=16; brasileños; edad=17 a 42 años; padres de bebés prematuros hospitalizados en Utin
Hollywood, 2011 <sup>(32)</sup>	Irlanda	Fenomenología de Van Manen	N=5; irlandeses; edad=no mencionada; padres de bebés prematuros nacidos entre 24 y 30 semanas de embarazo
Rodrigues, 2012 <sup>(33)</sup>	Brasil	Interaccionismo simbólico	N=no mencionado; edad=no mencionada; padres de recién-nacidos de alto riesgo internados en Utin
Feeley, 2012 <sup>(34)</sup>	Canadá	Descriptivo/cualitativo genérico	N=18; Canadá y otros países; promedio de edad=37; padres de bebés nacidos prematuros
Higham, 2012 <sup>(35)</sup>	Inglaterra	Etnográfico	N=12; nacionalidad no especificada (Inglaterra); edad =24 a 45; padres de niños entre 7 semanas y 14 años, hospitalizados
Deeney, 2012 <sup>(36)</sup>	Irlanda	Cualitativo longitudinal/cualitativo genérico	N=21; blancos y asiático; promedio de edad=31,5; padres de bebés prematuros y a término hospitalizados
Feeley, 2013 <sup>(37)</sup>	Canadá	Estudio de caso múltiple	N=18; Canadá y otros países; promedio de edad=37,7; padres de bebés prematuros

Figura 2 - Principales características de los estudios incluidos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 1995-2015

Pregunta	Sí*	Parcialmente reportado*	No*
1. ¿Los objetivos de la investigación estaban relatados claramente?	13	0	0
2. ¿La metodología cualitativa es adecuada?	13	0	0
3. ¿El diseño de la investigación estaba adecuado para alcanzar los objetivos propuestos?	13	0	0
4. ¿La estrategia de reclutamiento fue adecuada a los objetivos de la investigación?	12	1 <sup>(30)</sup>	0
5. ¿Los datos fueron recolectados de manera a tratar de la pregunta de la investigación?	13	0	0
6. ¿La relación entre el investigador y los participantes fue debidamente considerada?	11	1 <sup>(30)</sup>	1 <sup>(33)</sup>
7. ¿Las cuestiones éticas fueron consideradas?	12	0	1 <sup>(26)</sup>
8. ¿El análisis de los datos fue suficientemente riguroso?	13	0	0
9. ¿Los resultados fueron relatados claramente?	13	0	0
10. ¿La investigación trae contribuciones?	13	0	0

\*Número de estudios

Figura 3 - Evaluación de la calidad de los estudios incluidos según el *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016

Temas	Síntesis del conocimiento	
Dilemas paternos – lo que el hombre siente y enfrenta durante la hospitalización del hijo	Involucramiento emocional	Sentimientos conflictivos de tristeza, miedo, impotencia, culpa, rabia, dolor, gratificación, angustia, inseguridad, preocupación, responsabilidad, sufrimiento y luto anticipado resultan de la condición de enfermedad y hospitalización del hijo <sup>(25-28,30-32)</sup>
	Cambio en la relación familiar y laboral	Pareja: experimenta cambios y divergencias en el relacionamiento con la pareja <sup>(26,30,34-35,37)</sup> Hijos: modificación de la relación con los hijos, ofreciendo mayor atención y cuidado para fortalecer el vínculo <sup>(26,28,30,34,36-37)</sup> Trabajo: dificultad de conciliar sus prácticas de trabajo con las nuevas tareas de cuidador, lo que le lleva al estrés, sobrecarga, sentimiento de culpa e improductividad en el trabajo <sup>(26,30,32-34)</sup>
Identidades paternas – masculinidades reajustadas ante el adolecer del hijo	Marcas identitarias	Cuidador: siente la necesidad de ejercer la identidad de cuidador durante el adolecer del hijo, estando presente y siendo involucrado activamente en los cuidados directos e indirectos al niño, aunque siendo agotador <sup>(28,31,33,37-39)</sup> Jefe de la familia: alimenta la necesidad de ser fuerte y reacio en demostrar sus sentimientos, para no sobrecargar la pareja y seguir activo en la relación, no se importando en ser el apoyo de la familia cuando esa se muestra fragilizada, pues se considera responsable por desempeñar el papel de jefe de la familia, con objeto de mantenerla unida en el momento de la internación del hijo <sup>(25-33,39)</sup> Proveedor: se siente responsable por ser el proveedor financiero de la familia, debido a los costos durante la enfermedad del hijo <sup>(26-27,31,35,37)</sup>
	Paternidad reprimida en el ambiente hospitalario	Se sienten impotentes para desempeñar el cuidado ante las tecnologías del ambiente hospitalario, son poco acogidos por el equipo y por las madres de otros niños, y también tienen su conocimiento y habilidades subyugados por madres y profesionales <sup>(27-28,30,32,34,37)</sup>

Figura 4 - Temas elaborados mediante el análisis, integración e interpretación de los resultados de los artículos incluidos

### Dilemas paternos – lo que el hombre siente y enfrenta durante la hospitalización del hijo

Este tema representó los dilemas relativos a las repercusiones de la hospitalización del hijo sobre el estado emocional paterno y sobre sus relaciones familiares y laborales. Para los padres, la internación es considerada un momento de crisis devastadora para toda la familia<sup>(27-28,30)</sup>. Esta fase es vivida con sentimientos ambiguos, en que el vínculo y la alegría por convertirse en padre están amenazados por el reto de lidiar con la vulnerabilidad y la posibilidad de muerte del hijo<sup>(26,33)</sup>. Entre los sentimientos conflictivos están culpa, rabia, dolor, tristeza, inseguridad, preocupación, responsabilidad y miedo del futuro<sup>(26-28,31-34)</sup>. Todos resultan del contexto de enfermedad del hijo y son capaces de afectar el organismo del padre, que pasa a presentar insomnio, ansiedad, sensación de garganta seca y falta de apetito<sup>(31)</sup>.

La hospitalización del hijo afecta también las relaciones con la pareja. Los estudios mostraron la necesidad de negociar las funciones entre la pareja para atender la demanda de cuidados del hijo enfermo y de la familia<sup>(27,36)</sup>. En ese proceso, divergencias suelen emerger cuando la madre dirige su atención solamente al hijo hospitalizado, lo que afecta la relación de la pareja<sup>(31)</sup>. Además, en el momento en que actúa como fiscalizadora, influye directa e indirectamente en la participación del padre con los cuidados al hijo hospitalizado, hasta el punto de dificultar su inserción en esa función<sup>(35,37)</sup>. Esta influencia materna sobre el cuidado paterno también está asociada a la inseguridad del padre en lidiar con la situación, hecho que le lleva

a comportarse como coadyuvante de la pareja<sup>(27,32,36)</sup>, solicitando su aprobación para cualquier toma de decisión sobre los cuidados del hijo enfermo<sup>(27,36)</sup>.

En lo que se refiere a la relación con los hijos, la hospitalización acarreó recelo a los padres de involucrarse en el cuidado por el temor de perjudicarlos<sup>(26,32,35,37)</sup>, y también en virtud de las tecnologías y barreras del espacio hospitalario, que dificultaron su participación, principalmente en las situaciones en que gemelos fueron hospitalizados en lechos lejanos<sup>(35,37)</sup>. Sin embargo, los padres identificaron cambios positivos en sus relaciones con los hijos después de la enfermedad<sup>(27-28,31)</sup>, reconociendo la importancia de estar presentes en el proceso de recuperación<sup>(29,35,37)</sup>. La situación de crisis hizo que se dedicaran más a la paternidad<sup>(37)</sup> y, cuando la participación en el cuidado culminaba con la mejora del cuadro clínico de los hijos, sentimientos de felicidad y amor emergían<sup>(29,37)</sup>.

Con la enfermedad del hijo, nuevas demandas surgen para la familia; el padre necesita apoyar emocionalmente a la esposa, cumplir las tareas domésticas y cuidar de los demás hijos, al mismo tiempo en que necesita suplir económicamente a la familia a través del trabajo, lo que genera altos niveles de estrés<sup>(31,34-35)</sup>. Por ser considerado el proveedor, el padre necesita trabajar y presentar productividad en el empleo justamente en el momento en que también quisiera estar presente en la hospitalización del hijo<sup>(28-30)</sup>, o al lado de los otros miembros de la familia<sup>(27-28,31)</sup>. Esta imposibilidad de involucrarse más con el cuidado del hijo y con la familia, así como la necesidad de atender a las actividades laborales, genera sentimiento de culpa, que afecta su productividad<sup>(28-30,32)</sup>. Los estudios apuntaron

que el hombre anhela flexibilidad de horarios en el trabajo para atender a esas demandas. Sin embargo, padres de clases económicas más altas presentan más éxito en esa negociación<sup>(31,37)</sup>.

### **Identidades paternas – masculinidades reajustadas ante el adolecer del hijo**

Las marcas identitarias de las masculinidades fueron evidenciadas con la enfermedad del hijo, y el sentimiento de una paternidad reprimida en el ambiente hospitalario fue reportado por los padres en los estudios analizados. Algunos mostraron que la presencia del hombre en el hospital genera incomodidad para él, para otros acompañantes y al equipo<sup>(28-29,32,37)</sup>. No se siente acogido por los profesionales de la salud y demás acompañantes de los niños en la unidad pediátrica, por ser un espacio predominantemente frecuentado por madres y, por lo tanto, ser de ellas la función social de acompañar el proceso de hospitalización del niño. Los padres indicaron que ese ambiente no está preparado para acogerlos<sup>(28-29,37)</sup>.

Además de no sentirse aceptado en el contexto hospitalario, el hombre se siente juzgado por las otras madres por no poseer el mismo conocimiento y las mismas habilidades esperadas para la figura materna, lo que le causa tristeza y sensación de desamparo<sup>(27,31)</sup>. A este respecto, considera que los profesionales de salud pueden dificultar el cuidado prestado por él, limitando su acceso a la información, por el uso de lenguajes técnicos<sup>(27,29-30,33)</sup>, y dificultando que asuma el control de la situación<sup>(30,35,37)</sup>. Siente también falta de apoyo en el ambiente hospitalario y juzga que la madre recibe tal tratamiento<sup>(30,32,37)</sup>.

Con la enfermedad del hijo, los estudios apuntaron que el padre intenta asumir su papel de cuidador, estando presente y involucrándose en los cuidados para atender las necesidades del hijo, aunque para eso tenga que descuidar sus propias necesidades<sup>(26,29,31,36-37)</sup>. Para afirmar su masculinidad, siendo jefe de la familia, se muestra sano y fuerte ante la familia<sup>(26-28,30-31,36-37)</sup> y se reacia a demostrar sus sentimientos, para no sobrecargar a la pareja, pues la considera frágil<sup>(26-28,30-31,37)</sup>. Sin embargo, hay sensación de impotencia y tristeza por la incapacidad de proteger a su hijo hospitalizado y su familia<sup>(30-31)</sup>.

Hay, también, sensación de falta de control por parte del padre, pues se ve incapaz de proteger al hijo de los dolores y del sufrimiento, así como de mantener la estabilidad de la familia, por el hecho de no poder atender toda la demanda que proviene del<sup>(26,30-31)</sup>. Es con el trabajo que el hombre intenta rescatar su masculinidad hegemónica, manteniéndose como proveedor de la

familia para amenizar el impacto financiero causado por la enfermedad<sup>(26,30-31)</sup>. El padre busca, en todo momento, tomar decisiones que mantengan su familia unida, intentando reasumir su papel de protector<sup>(27-28,31,36-37)</sup>. En ese intento, asume, además, la responsabilidad de garantizar la calidad del cuidado, defendiendo las necesidades de salud de su hijo<sup>(27-28,31,36-37)</sup>.

Los padres demostraron una confianza excesiva en el autocontrol para mediar la situación, pero a pesar de mostrarse resistentes a aceptar apoyo, dejaron evidente que necesitan ayuda<sup>(28,31)</sup>. Otras maneras citadas para buscar el control fueron: fuga de la situación con la práctica de actividad física, búsqueda de significados positivos para la enfermedad del hijo y de creencias sostenibles, mantenimiento de la esperanza y recuperación o adopción de prácticas espirituales<sup>(27-28,30-31)</sup>. Los estudios demuestran que, en la perspectiva paterna, la enfermedad del hijo trae un crecimiento personal al hombre<sup>(27-28,34)</sup> y a aquellos a su alrededor<sup>(30)</sup>.

### **Discusión**

Esta metasíntesis viabilizó una revisión rigurosa de la literatura cualitativa y, también, analizó la experiencia del padre en el cuidado al hijo hospitalizado, desde la perspectiva paterna, posibilitando la identificación de factores que caracterizan el cuidado del padre al hijo hospitalizado y la influencia de ese contexto en el ámbito de sus relaciones familiares y con el trabajo, así como en el reajuste de su identidad paterna. Por el hecho de que los estudios remiten a la naturaleza identitaria de las masculinidades en sus resultados, conceptos de la antropología de las masculinidades<sup>(1-2,24)</sup> posibilitaron un enfoque apropiado para atribuir significados a la experiencia paterna y a la elaboración de la síntesis cualitativa. Cuando se da un enfoque cultural a la conducta masculina<sup>(1)</sup>, el hombre es comprendido como un producto de su entorno social, y los efectos de su comportamiento se justifican por estándares de género y masculinidades acordes a cada cultura<sup>(24)</sup>. Así, los comportamientos paternos durante la enfermedad del hijo son entendidos como influenciados por la forma en que la cultura, las masculinidades y el género son vividos por los padres.

Los estudios mostraron que ver al hijo enfermo desencadena en el padre una serie de emociones<sup>(26-28,31-34)</sup> pues, según lo destacado, cuando el niño adolece, toda la familia adolece junto<sup>(27-28,31)</sup>. El involucramiento emocional del padre se caracteriza como una postura que le lleva a intentar huir de los estereotipos masculinos que le presuponen que sea fuerte, contenga sus emociones

y no cuide a los demás<sup>(12)</sup>. Estas normas identitarias masculinas, adquiridas del medio cultural, chocan con las nuevas necesidades de la familia, pues el padre pasa a adoptar nuevas identidades, como la de cuidador<sup>(31)</sup>. También asume comportamientos históricamente delegados al femenino, como el de cuidador, y comprende que esos pueden ser compartidos por el hombre. Hay, para tanto, la redefinición de la identidad de masculinidad hegemónica hacia la otra, que se ancla en el concepto de masculinidades múltiples, pues los hombres, así como la cultura que los rige, asumen papeles identitarios que varían de acuerdo con su tiempo histórico, clase social y experiencia que adquieren a lo largo de la vida<sup>(1,8)</sup>.

En cuanto a las masculinidades paternas, evidenciadas en la literatura analizada<sup>(27,36)</sup>, específicamente la identidad de cuidado, acercó a los participantes de los estudios de una masculinidad subordinada, de modo que asumieron postura reactiva de preocupación con el enfermo y responsabilidad por el cuidado al hijo hospitalizado, comportamientos culturalmente delegados al género femenino<sup>(1-2)</sup> que, por lo tanto, les encuadran en una masculinidad subordinada. El sujeto masculino se refiere a la identidad en la que el hombre se somete a una situación de estar dominada por una norma hegemónica<sup>(1)</sup>. En este estudio, los padres se presentaron subordinados al dominio de las mujeres, en virtud de sus inseguridades para tomar decisiones relativas al cuidado del hijo sin la previa aprobación de las madres<sup>(27,36)</sup>.

La metátesis evidenció que la enfermedad del hijo interfirió en la relación conyugal del padre, pues hay el impacto inicial de la enfermedad del niño, las incertidumbres en cuanto al futuro y la necesidad de tomar nuevas decisiones sobre el tratamiento del niño<sup>(27-28,31)</sup>. Padre y madre se sienten asustados por la posibilidad de pérdida, generando desequilibrio en la relación de la pareja y necesidad de mayor apoyo<sup>(30-31)</sup>. Se produce la negociación de los papeles para atender diversas otras actividades de la familia, al tiempo que es necesario suplir financieramente a la familia a través del trabajo<sup>(27,32,36)</sup>. Tales comportamientos colocan a los padres en relación de complicidad, en la cual el poder ejercido por sus identidades masculinas sobre la mujer no los mantienen en una relación de subordinación, sino de complicidad, al compartir funciones culturalmente atribuidas al género femenino.

La masculinidad de complicidad se presenta como aquella en que se comparten algunos preceptos del patriarcado, pero los patrones hegemónicos no son totalmente adoptados, lo que coloca a los hombres en una identidad cómplice de varios comportamientos culturalmente asociados al género femenino<sup>(1-2)</sup>.

A lo largo de la enfermedad del hijo, esta metátesis mostró que la mujer reafirma su papel como cuidadora y puede presentar resistencia en permitir que el padre comparta esa función<sup>(35,37)</sup>. Cuando el padre demuestra habilidad para ello, la madre se muestra receptiva a su cuidado, pero cuando demuestra inseguridad, ella se resiste a permitir su implicación. Esto denota como el padre necesita el apoyo de la madre para tener una participación más efectiva en el cuidado a los hijos enfermos, pues ese apoyo puede motivarlo y hacerlo seguro para ejercer mejor las actividades relacionadas con la paternidad, adaptándose a la función de cuidador.

Incluso en el ambiente hospitalario, el padre enfrenta una gama de situaciones conflictivas por asumir como el cuidador del niño. No se siente acogido, en el hospital, por los miembros del equipo y demás cuidadores de los niños, en su mayoría las madres<sup>(27-32,37)</sup>. Estos resultados corresponden a lo que se ha señalado en la literatura<sup>(6)</sup>. Se observa que las diferentes masculinidades están en constante disputa entre sí, así como las identidades culturales que tratan de vender<sup>(1)</sup>. Promover la adopción de comportamientos masculinos, desviados de los patrones hegemónicos, contribuye al desarrollo de nuevas identidades, una de ellas desvelada por el cuidado paterno en el espacio hospitalario<sup>(39-40)</sup>. En el caso de las mujeres, los padres se sintieron inseguros y mostraron miedo de perjudicar al hijo en situación de fragilidad debido a la enfermedad<sup>(26,32,35,37)</sup>. El ambiente hospitalario poco acogedor, con innumerables aparatos tecnológicos, y la imposibilidad de tocar o sostener al hijo<sup>(32,35,37)</sup> fueron otros disparadores para la inseguridad de los padres.

A pesar de estas barreras para el cuidado, los padres fueron capaces de identificar cambios positivos en la relación con los hijos después de la enfermedad<sup>(27-28,31)</sup>, pues se involucraron más con el acto de cuidar y se acercaron más del niño. El padre pasa a reconocer su importancia en la recuperación del hijo<sup>(29,32,35,37)</sup> y a desear ser un padre mejor<sup>(37)</sup>. Su presencia tiene efectos imprescindibles para el desarrollo del niño, que necesita apoyo, seguridad y valores transmitidos en esa relación<sup>(14)</sup>.

La literatura apunta además indicios del surgimiento de nuevas masculinidades para el padre ante los cambios sociales pues, además de mantenerse como proveedor de la familia, se espera de él el cuidado al hijo, junto con la pareja, de forma más flexible, afectuosa e igualitaria<sup>(41)</sup>. Por lo tanto, ser hombre, padre y cuidador de un niño hospitalizado se configura como adopción de una identidad que se encuentra en proceso constante de redefinición de papeles masculinos. El campo de la salud pediátrica percibe al padre como potencial cuidador y

socio en el cuidado del niño, aunque esa función no integre el repertorio de preocupaciones que circundan la masculinidad hegemónica establecida culturalmente, incluso en los servicios de salud.

### Limitaciones y fortalezas

Los resultados de esta metasíntesis deben ser considerados en el contexto de sus limitaciones, dado que la muestra de 13 artículos puede haber restringido la amplitud del fenómeno en estudio. Por ejemplo, los estudios incluidos retrataron familias nucleares formadas por padre, madre e hijos, lo que no refleja la complejidad del hombre como padre y cuidador de un hijo hospitalizado, a ejemplo de aquellos con relaciones homosexuales. A pesar de que la revisión incluyó artículos de diferentes países, como Canadá, Brasil, Estados Unidos, Inglaterra e Irlanda, todavía no representa una perspectiva global sobre el cuidado del padre al hijo hospitalizado en diferentes culturas. La falta de datos demográficos y la escasez de información sobre las características de los participantes en los estudios incluidos no permitieron un análisis más detallado. Sin embargo, el proceso de interpretación de los resultados, con base en los conceptos de la antropología de las masculinidades, amplió y fortaleció la explicación comprensiva para los temas elaborados que representan la experiencia del hombre, padre y cuidador del hijo hospitalizado. La metasíntesis también realizó la evaluación de la calidad de los estudios a través del *checklist* CASP y apuntó las lagunas en la calidad de la presentación de los estudios, alertando a los investigadores para la necesidad de perfeccionamiento de los elementos esenciales de presentación de los estudios cualitativos, de manera a valorar el rigor en su desarrollo, análisis y aplicación de los resultados.

### Consideraciones finales

En esta metasíntesis, se presentó la perspectiva del padre en el cuidado al hijo durante el proceso de hospitalización. El hombre se involucra emocionalmente y enfrenta cambios en las relaciones familiares y laborales. Reajusta su masculinidad a menudo para atender las demandas y expectativas, adaptándose a sus nuevas funciones y realidad. Sin embargo, no siempre encuentra apoyo de la esposa y del equipo de salud en ese proceso.

La presentación de esta metasíntesis es de particular importancia en la enfermería. Apoya el diseño de nuevos estudios, con énfasis en la necesidad de presentar la perspectiva del padre por

separado, cuando otras figuras de la parentalidad sean incluidas, para que sea posible analizar o comparar sus perspectivas. Se reitera la importancia de presentar la situación socioeconómica, la condición de vida, la cultura y la composición familiar del padre, para que estén relacionadas con las especificidades de las experiencias paternas. Se sugiere, además, que nuevos estudios incorporen estructuras familiares diversas, buscando la experiencia de otras figuras que asuman el papel de padre (padraastro, tío, abuelo y otros) en el contexto de hospitalización del niño. Finalmente, se sugiere utilizar las perspectivas antropológicas sobre cultura y masculinidad para el análisis de los datos de investigaciones futuras.

Los resultados contribuyen también a la planificación del cuidado de enfermería, articulado al equipo de salud y familia, con vistas a la adaptación y al mejor desempeño de las funciones paternas en el contexto hospitalario. Conocer las vivencias del padre durante la hospitalización del hijo, así como las dificultades para el reajuste de papeles de la masculinidad, podrá ampliar la importancia de incluirlo en el contexto del cuidado al niño hospitalizado, como protagonista o coadyuvante, para calificar el cuidado de enfermería.

### Referencias

1. Connell RW. Masculinities. 2nd ed. Berkeley (USA): University of California Press; 2005.
2. Evans J, Frank B, Oliffe JL, Gregory D. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *J Mens Health*. 2011;8(1):7-15. doi:10.1016/j.jomh.2010.09.227
3. Bruce E, Lilja C, Sundin K. Mothers' lived experiences of support when living with young children with congenital heart defects. *J Spec Pediatr Nurs*. 2014;19(1):54-67. doi: 10.1111/jspn.12049
4. Provenzi L, Barello S, Fumagalli M, Graffigna G, Sirgiovanni I, Savarese M, et al. A Comparison of Maternal and Paternal Experiences of Becoming Parents of a Very Preterm Infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(4):528-41. doi: 10.1016/j.jogn.2016.04.004.
5. Garten L, Nazary L, Metzger B, Bühner C. Pilot study of experiences and needs of 111 fathers of very low birth weight infants in a neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 2013;33(1):65-9. doi: 10.1038/jp.2012.32
6. Huggill, K. Father-staff relationships in a neonatal unit: being judged and judging. *Infant*. [Internet] 2014 [cited Feb 8, 2017];10(4):128-31. Available from: [http://www.infantgrapevine.co.uk/journal\\_article.html?RecordNumber=6732](http://www.infantgrapevine.co.uk/journal_article.html?RecordNumber=6732)

7. Shorey S, He HG, Morelius E. Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery*. 2016;(40):207-17. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.007
8. Schrock D, Schwalbe M. Men, Masculinity, and Manhood. *Annu Rev Sociol*. 2009;35:277-95. doi:10.1146/annurev-soc-070308-115933
9. Kosta L, Harms L, Franich-Ray C, Anderson V, Northam E, Cochrane A, et al. Parental experiences of their infant's hospitalization for cardiac surgery. *Child Care Health Dev*. 2015;41(6):1057-65. doi: 10.1111/cch.12230
10. Chesler MA, Parry C. Gender roles and/or styles in crisis: an integrative analysis of the experiences of fathers of children with cancer. *Qual Health Res*. 2001;11(3):363-84. doi: 10.1177/104973230101100307
11. Dashiff C, Morrison S, Rowe J. Fathers of children and adolescents with diabetes: what do we know? *J Pediatr Nurs*. 2008;23(2):101-19. doi: 10.1016/j.pedn.2007.08.007.
12. Ireland J, Khashu M, Cescutti-Butler L, van Teijlingen E, Hewitt-Taylor J. Experiences of fathers with babies admitted to neonatal care units: A review of the literature. *J Neonat Nurs*. 2016; 22(4):171-176. doi:10.1016/j.jnn.2016.01.006
13. Ferreira FH, Wernet M, Marski BSL, Ferreira GI, Toledo LPN, Fabbro MRC. Paternal experience during the child's first year of life: integrative review of qualitative research. *Rev Eletr Enferm*. 2015;17(3). doi: 10.5216/ree.v17i3.29300
14. Swallow V, Santacroce SJ, Lambert H. Fathers contributions to the management of their child's long-term medical condition: a narrative review of the literature. *Health Expect*. 2012;15(2):157-75. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00674.x
15. Soares JDD, Brito RS, Carvalho JBL. The presence of the father/caregiver in the hospital context: Integrative Review. *Rev Enferm UFPE online*. 2014;8(7):2095-106. doi: 10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201435
16. Tseng M, Verklan T. Fathers in situational crisis: a comparison of Asian and Western cultures. *Nurs Health Sci*. 2008;10(3):229-40. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00392.x
17. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. New York: Springer Publishing; 2007. p. 199-226.
18. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol*. 2012;12:181. doi: 10.1186/1471-2288-12-181
19. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*. 2009;151(4):264-9. doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
20. Vieira JA, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the Kappa statistic. *Fam Med*. [Internet] 2005 [cited Jun 25, 2016];37(5):360-3. Available from: <http://www.stfm.org/fmhub/fm2005/May/Anthony360.pdf>
21. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Qualitative Research Checklist [Internet]. [cited Dec 20, 2016]. Available from: <http://www.casp-uk.net/#!casp-tools-checklists/c18f8>
22. Dixon-Woods M, Sutton A, Shaw R, Miller T, Smith J, Young B, et al. Appraising qualitative research for inclusion in systematic reviews: a quantitative and qualitative comparison of three methods. *J Health Serv Res Policy*. 2007;12(1):42-7. doi: 10.1258/135581907779497486
23. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006. 3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp0630a
24. Connell R, Pearse R. *Gender: in World Perspective*. 3ed. Cambridge: Polity Press; 2015. p.192.
25. Clark SM, Miles MS. Conflicting responses: the experiences of fathers of infants diagnosed with severe congenital heart disease. *J Spec Pediatr Nurs*. 1999;4(1):7-14. doi: 10.1111/j.1744-6155.1999.tb00075.x
26. Souza ABG, Angelo M. Searching a chance for the child to become: the experience of the father in the intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(3):255-64. doi: 10.1590/S0080-62341999000300007
27. McNeill T. Fathers' experience of parenting a child with juvenile rheumatoid arthritis. *Qual Health Res*. 2004;14(4):526-45. doi: 10.1177/1049732303262374
28. Moura EV, Ribeiro NRR. The father within the pediatric hospitalization context. *Rev. Gaúcha de Enferm*. [Internet] 2004 [cited Jun 25, 2016]; 25(3):386-95. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/23530>
29. Arockiasamy V, Holsti L, Albersheim S. Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*. 2008; 121(2):215-22. doi: 10.1542/peds.2007-1005
30. Nicholas BD, Gearing ER, McNeill T, Fung K, Lucchetta S, Selkirk EK. Experiences and resistance strategies utilized by fathers of children with cancer. *Soc Work Health Care*. 2009; 48(3):260-75. doi: 10.1080/00981380802591734
31. Fontoura FC, Fontenele FC, Cardoso MVLML, Sherlock MSM. Experience of being a father of preterm infant admitted in neonatal intensive care unit. *Rev Rene*. [Internet] 2011 [cited Jun 25, 2016];12(3):518-25. Available from: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3\\_pdf/a10v12n3.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a10v12n3.pdf)

32. Hollywood M, Hollywood E. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *J Neonatal Nurs.* 2011;17(1):32-40. doi: 10.1016/j.jnn.2010.07.015
33. Rodrigues LM, Moreira PL. Becoming a father living the hospitalization of the child in the neonatal intensive care unit. *J Health Sci Inst.* [Internet] 2012 [cited Jun 25, 2016]; 30(3):227-30. Available from: [https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03\\_jul-set/V30\\_n3\\_2012\\_p227a230.pdf](https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p227a230.pdf)
34. Feeley N, Waitzer E, Sherrard K, Boisvert L, Zerkowitz P. Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalized in the neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2012;22:521-30. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04231.x
35. Higham S, Davies R. Protecting, providing and participating: fathers' roles during their child's unplanned hospital stay, an ethnographic study. *J Adv Nurs.* 2013;69(6):1390-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06131.x
36. Deeney K, Lohan M, Spence D, Parkes J. Experiences of fathering a baby admitted to neonatal intensive care: a critical gender analysis. *Soc Sci Med.* 2012;75:1106-13. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.018
37. Feeley N, Sherrard K, Waitzer E, Boisvert L. The father at the bedside: patterns of involvement in the NICU. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2013;27(1):72-80. doi: 10.1097/JPN.0b013e31827fb415
38. Caelli K, Ray L, Mill J. 'Clear as Mud': toward greater clarity in generic qualitative research. *Int J Qual Methods.* 2003;2(2):1-23. doi: 10.1136/emj.2007.050641
39. Hugill K. Father-staff relationships in a neonatal unit: being judged and judging. *Infant.* [Internet] 2014 [cited Feb 8, 2017];10(4):128-31. Available from: [http://www.infantgrapevine.co.uk/pdf/inf\\_058\\_ata.pdf](http://www.infantgrapevine.co.uk/pdf/inf_058_ata.pdf)
40. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity. Rethinking the concept. *Gend Soc.* 2005;19(6):829-58.
41. Stapleton S, Pattison N. The lived experience of men with advanced cancer in relation to their perceptions of masculinity: a qualitative phenomenological study. *J Clin Nurs.* 2015;24(7):1069-78. doi: 10.1111/jocn.12713
42. Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. Fatherhood and parenting as health issues facing the rearrangements of gender. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(11):3589-98. doi: 10.1590/1413-812320152011.19252014

Recibido: 8.9.2016

Aceptado: 11.5.2017

## Correspondencia:

Lucila Castanheira Nascimento  
 Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
 Av. dos Bandeirantes, 3900  
 Bairro: Monte Alegre  
 CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
 E-mail: lucila@eerp.usp.br

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.