

## Rehabilitación de una lesión tendinosa traumática de la mano en terapia ocupacional.

### Tendon injury rehabilitation of hand injuries in occupational therapy. Case study/report.

#### Caso Clínico

**Barbara Mallada Gutiérrez.** Terapeuta Ocupacional. Pola de Lena. Asturias.  
Correspondencia: barbara7611@hotmail.com.



Recibido:  
27-10-2011

Aceptado:  
16-11-2011

#### RESUMEN

La función normal de la mano refleja la integridad de los tendones extensores. Su contribución al balance articular, fuerza, destreza y funcionalidad de la misma es fundamental. El tratamiento rehabilitador postquirúrgico de las lesiones de estos tendones es de vital importancia para evitar limitaciones en la función global de la mano, que comprometan la capacidad del paciente para ejecutar las actividades de la vida diaria de manera independiente. En el presente artículo se desarrolla el plan de intervención aplicado en un caso de lesión tendinosa traumática del tendón extensor del tercer dedo, desde la retirada del tratamiento ortopédico hasta su recuperación.

#### PALABRAS CLAVES (DeCS)

Edema, rehabilitación, tendón, terapia ocupacional, traumatismos de la mano.

#### INTRODUCCIÓN

Los tendones extensores del miembro superior son estructuras propensas al trauma debido a su relativa exposición y localización superficial. Al seccionarse no sufren grandes retracciones ni importantes adherencias, por lo que el pronóstico funcional postquirúrgico es más favorable que en las lesiones de los flexores. (9) Hay varios factores que pueden afectar a la reparación tendinosa; la severidad del trauma, nivel al que se localiza la sección, la edad avanzada del paciente o la inmovilización postoperatoria inadecuada. La rehabilitación postquirúrgica de este caso sigue dos líneas de trabajo: la recuperación funcional del tendón afectado y el tratamiento de consecuencias derivadas de la lesión y de la inmovilización ortopédica. Una evaluación kinesiológica exhaustiva es necesaria para marcar los objetivos a trabajar y las técnicas de intervención.

#### HISTORIA CLÍNICA (3)

Varón, 27 años. Lesión traumática completa del tendón extensor del tercer dedo de la mano izquierda. La sección se localiza en el dorso a nivel distal, en la zona

1 En 1961, Verdan y Michot proponen una clasificación que comporta siete zonas anatómicas para dividir la mano. La Federación Internacional de la Cirugía de la Mano la modifica en 1980. Actualmente comprende 5 zonas para los dedos y 3 para el pulgar. La zona tres ocupa desde la salida del canal carpiano hasta la entrada al canal digital. Esta zona es propicia a una buena recuperación.

2 Shickland describe tres fases durante una reparación tendinosa, en las que coexisten los dos mecanismos de cicatrización (extrínseca e intrínseca) de manera indivisible. Una fase inflamatoria (3-5 primeros días) caracterizada por un edema y un hematoma.

Una fase fibroblástica (3-6 semanas) caracterizada por una gran producción de colágeno.

Una fase de remodelación (6-8 meses) en la que la maduración y la organización de las fibras se produce de un modo longitudinal bajo el efecto de los movimientos y de las fuerzas de tracción.

#### ABSTRACT

The normal function of the hand reflects the integrity of the extensor tendons. Their contribution to the balance, strength, dexterity and functionality of it is fundamental. The postoperative rehabilitation treatment of injuries of these tendons is vital to avoid limitations on the overall function of the hand, that compromise the patient's ability to perform activities of daily living independently. This article develops the intervention plan applied in a case of traumatic tendon injury of the extensor tendon of the third finger, since the withdrawal of orthopedic treatment until recovery.

#### KEY WORDS (MeSH)

Edema, hand injuries, occupational therapy, rehabilitation, tendon, .

anatómica tres<sup>1</sup>. El paciente es diestro.

Es intervenido quirúrgicamente para suturar el tendón a través del método Kessler. Este tipo de sutura permite técnicas de movilización precoz y mayor resistencia tendinosa durante el proceso de cicatrización, características muy ventajosas para el proceso de rehabilitación postquirúrgico.

Tras la intervención se coloca al paciente un vendaje enyesado que le inmoviliza el miembro superior izquierdo desde las falanges distales de los cuatro dedos hasta el antebrazo, dejando libre el pulgar. La mano es inmovilizada en posición funcional. El tratamiento ortopédico se alarga durante tres semanas. El equipo médico que lleva a cabo la intervención inicial, cirugía y ortopedia, no aconseja al paciente que mantenga el miembro superior en un plano inclinado.

#### EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA

##### >> Topografía

- La cicatriz visible del dorso se encuentra en fase de regeneración con tramos cubiertos por costra superficial.
- La cicatrización tendinosa es un proceso que se alarga en el tiempo (Shickland<sup>2</sup>) por lo que la movilización

inicial, activa o pasiva, de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, ha de ser muy cuidada para no comprometer la resistencia del tendón que se encuentra disminuida.

● Atendiendo a la localización anatómica de la sección tendinosa, a la profundidad de la misma y a la exploración sensitiva se concluye que no existe implicación nerviosa destacable.

● Se observa inflamación en mano y dedos de tipo edematoso. El edema es localizado, de tipo ortostático, con signo de fóvea<sup>3</sup> a la presión positivo.

● La capacidad de adaptación que proporcionan los arcos transversos palmares y longitudinales digitales a la mano está comprometida.

● Se valora, a través de la inspección, palpación y comparación con otros segmentos corporales, la masa muscular, el tono y la fuerza:

● Atrofia muscular en antebrazo izquierdo, con pérdida visible de volumen.

● Disminución de la resistencia al movimiento pasivo de la extremidad superior izquierda. Condición que facilita, en gran medida, las movilizaciones pasivas en el segmento.

● Fuerza muscular disminuida en el miembro superior izquierdo. De acuerdo a la escala propuesta por el Medical Research Council (MRC) descrita en la tabla 1, el paciente se encuentra en un nivel 4-: es capaz de vencer una resistencia muy leve, aplicada durante un breve período de tiempo.

TABLA 1

#### FUNCIÓN MOTORA

No contracción 0
Contracción que no desplaza articulación 1
Desplazamiento articular sobre plano 2
Desplazamiento articular contra gravedad 3
Movimiento contra resistencia 4
Fuerza normal 5

#### >> Movilización activa/funcional (5)

A través de un goniómetro se valora la amplitud actual, tras la lesión y posterior inmovilización. Las articulaciones del pulgar no han sido inmovilizadas, por lo que su rango articular no se ha visto afectado. A partir de la comparación con los índices normales de rango, se estima el grado de recuperación que precisa cada articulación. (8)

3 El diagnóstico del edema se realiza buscando la depresión de la piel y tejido celular subcutáneo al presionar con un dedo contra un relieve óseo (signo de fóvea). Debe buscarse en las extremidades inferiores, en la región sacra, o en el caso de ser edema localizado, en cualquier región. En los sitios donde no existe plano óseo para comprimirlo, como por ej. la pared abdominal, debe hacerse una pinza con los dedos.

MUÑECA: ARTICULACIÓN RADIO CARPIANA SUPERIOR ARTICULACIÓN INTERCARPIANA O MEDIO CARPIANA	
Movimiento de flexión (flexión palmar)	Índice actual (IA) 40°. Índice normal (IN): 85°
Movimiento de extensión (flexión dorsal)	ÍA: 45°. IN: 85°
Inclinación cubital	IA: 25°. IN: 45°
Inclinación radial	IA: 10°. IN: 15°
Circunducción	Importante limitación, movimiento apenas perceptible.
MANO: ARTICULACIONES METACARPOFALÁNGICAS DEL 2º AL 5º DEDO	
Flexión	IN: 90° de media. Aumenta del 2º al 5º 2º dedo: IA: 40° 3º dedo: contracción sin desplazamiento 4º dedo: IA: 30° 5º dedo: IA: 30°
Extensión	IN: 20-40° 2º dedo: IA: 20° 3º dedo: contracción sin desplazamiento del extensor común de los dedos 4º dedo: IA: 15° 5º dedo: IA: 15°
Separación/abducción	IN varía según el dedo 2º dedo: IA: 50°. I.N: 60° 3º dedo: contracción sin desplazamiento del extensor común de los dedos 4º dedo: IA: 40°. I.N: 45° 5º dedo: IA: 40°. I.N: 45°
Circunducción	Restricciones de movimiento en todos los dedos. El tercer dedo no ejecuta el movimiento.
MANO: ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS DEL 2º AL 5º DEDO	
Flexión	IN: proximal (P): 110°. Distales (D): 80°. 5º dedo: 135° y 90° respectivamente 2º dedo: P: 70°, D: 50° 3º dedo: Incapaz de movimiento en ambas articulaciones 4º dedo: P: 75°, D: 50° 5º dedo: P: 90°D: 65°
Extensión	La extensión activa es nula en las proximales. En las distales suele alcanzar unos 5°. En este caso es inferior en los cuatro últimos dedos

**>> Movilización pasiva (2)**

La exploración se realiza de forma individual/analítica con cada articulación y cada dedo.

Existe un aumento de la amplitud articular en comparación con las cifras concluidas de las movilizaciones activas.

En la primera valoración no se aplica movimiento en el tercer dedo ya que el paciente refiere dolor agudo y la resistencia al esfuerzo del tendón aún es muy baja (21 días desde la intervención quirúrgica).

No existen acortamientos musculotendinosos en los dedos comprometidos en la inmovilización ortopédica.

**>> Dolor**

El paciente refiere un dolor agudo, de carácter intermitente que se localiza en el dorso de la mano izquierda, en el punto de sección del tendón. La intensidad del dolor se acentúa frente a; la movilización, actividad del miembro superior izquierdo y a la palpación del dorso de la mano. Tras un período de reposo aproximado de cincuenta minutos, el nivel de dolor disminuye notablemente.

**>> Sensibilidad**

La exploración sensitiva se lleva a cabo de forma bilateral y siempre de proximal a distal, en los dermatomas<sup>4</sup> presentes en el segmento valorado. El paciente mantiene en todo momento los ojos cerrados. La aplicación de la intensidad del estímulo es gradual (mayor intensidad al inicio). Evaluación de los tipos de sensibilidad con interés fisiopatológico.

Tipos de sensibilidad	Prueba exploratoria
Táctil	Se emplea un algodón y se indica al paciente que confirme cuando percibe el estímulo.
Térmica	Se utilizan bolsas de frío y calor. Alternativamente se proporciona al paciente estímulos cutáneos que éste deberá identificar.
Dolorosa	Se utiliza un alfiler. El paciente debe identificar los estímulos nociceptivos.
Movimiento y posición ó cinestésica	Brazo, antebrazo y de forma individual cada dedo de las manos son movidos pasivamente y el paciente debe reconocer la dirección del movimiento y la posición final del segmento explorado. Evitar que la presión en la piel sirva como guía para determinar la dirección del movimiento.
Vibratoria o palestésica	Se aplica un diapason en las prominencias óseas del miembro superior. Se observa la capacidad del paciente para percibir el cese de vibraciones.

Las sensaciones corticales y discriminatorias son impresiones sensitivas somáticas complejas, que requieren ser interpretadas por la corteza cerebral. Su

exploración se lleva a cabo mediante las pruebas de discriminación sensitiva.

- **Discriminación de dos puntos:** se toca simultáneamente en uno o dos puntos del segmento explorado con dos objetos punzantes.
- **Localización de un punto:** se toca la piel con un alfiler de punta roma y el paciente debe ser capaz de indicar la localización del estímulo.
- **Fenómeno de extinción:** Se dan dos toques simultáneos en lados opuestos del cuerpo pero en áreas idénticas.
- **Estereognosia:** el paciente, a través del tacto, debe identificar objetos cotidianos, basándose en su forma y estructura.
- **Grafestesia:** capacidad para identificar objetos dibujados sobre la piel con un alfiler de punta roma.

La exploración de las formas primarias de sensibilidad y de las sensaciones corticales y discriminatorias concluye resultados positivos, sin ausencia ni disminución de la percepción sensitiva del paciente. Sin embargo, éste refiere entumecimiento y hormigueo constantes, sin signos de enfermedad orgánica. Este conjunto de características son las descritas en la presencia de parestesias de Berger.

**VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Las características físicas y el predominio funcional derecho del paciente, favorecen el mantenimiento de un nivel alto de independencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria, a pesar de la limitación temporal provocada por la lesión.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO
Disminuir el dolor.
Disminuir inflamación edematosa.
Prevenir aparición de bridas o adherencias cicatriciales.
Reducir la aparición de parestesias.
Recuperar rango articular.
Normalizar tono muscular.
Potenciar la fuerza muscular.

**INTERVENCIÓN (5)****Semana 1**

El edema presente en mano y dedos, el estado de regeneración cicatricial y la presencia de dolor a la movilización son los objetivos iniciales de tratamiento.

- Pautas de posicionamiento: el paciente debe mantener el miembro superior izquierdo en un plano inclinado para reducir la inflamación edematosa. La mano debe mantenerse en su posición funcional.
- Drenaje linfático manual: masaje aplicado sobre todo el miembro superior izquierdo, comenzando en la

zona proximal. Se tiene en cuenta las fases de inspiración y espiración del paciente para aplicar la maniobra. Se combinan dos técnicas de drenaje, en un orden concreto de aplicación:

- Pases suaves: la mano se desliza por el miembro superior izquierdo de la zona distal a la proximal y viceversa, sin ejercer presión. Siempre se mantiene el contacto manual con la zona anatómica (una mano se desliza y la otra se mantiene en el extremo proximal ó distal del segmento según el sentido ascendente o descendente del deslizamiento).
- Movimiento antiedema: se apoyan las palmas de ambas manos sobre el segmento a tratar, el pulgar permanece en ángulo recto respecto al índice. Se empuja la piel hasta el estiramiento de las fascias musculares. Sin presionar con profundidad, pero procurando que dicho empuje se dirija hacia la desembocadura de la linfa.
- Pases suaves: son los descritos al inicio, siempre deben aplicarse en las zonas tratadas al finalizar el masaje.
- Masajes cicatriciales: el tipo de masaje aplicado es en zig-zag, colocando los dedos de las manos enfrentados a ambos lados de la cicatriz, deslizarlos hacia dentro formando en la cicatriz una "Z". Tiene efecto desfibrosante. El estado de regeneración que presenta la cicatriz, obliga a una aplicación muy suave del masaje para evitar roturas.

**Semana 2 y 3**

La evolución es positiva, y los objetivos anteriores van cumpliéndose por lo que es necesario avanzar en el plan de intervención.

- Isométricos en antebrazo: se realizan los siguientes ejercicios para fortalecer la musculatura localizada en el citado segmento corporal: (7)
  - Prono supinación de antebrazo con carga en muñeca. El peso de la misma aumenta de manera progresiva, al inicio es prácticamente inexistente.
  - Mantenimiento de carga (aplicación gradual) en ambas manos. El codo se mantiene en flexión a 90°.
- Hidroterapia: Se lleva a cabo durante la tercera semana, atendiendo a la mejoría de la cicatriz externa del dorso. Ya no presenta costra superficial ni tramos de herida abierta. Se introduce el antebrazo y la mano izquierda en agua caliente. Se inician movilizaciones activas muy suaves, de las articulaciones comprometidas funcionalmente.
- Estiramientos suaves con modificación de las posiciones de las articulaciones. Se comienza con flexión palmar de muñeca para ir, gradualmente, añadiendo la flexión de las articulaciones más distales.
- Movilizaciones pasivas
 

La regeneración cicatricial mejora sustancialmente, y ya no hay presencia de dolor en el movimiento, por lo que se comienza a movilizar de forma pasiva las articulaciones de muñeca y mano.

  - Los masajes cicatriciales se mantendrán durante esta fase, realizándolos antes de la movili-

ción pasiva, para beneficiarse de su efecto analgésico y de la estimulación que producen en el callo tendinoso.

- Aplicar presas o contrapesas firmes durante las movilizaciones por todo el arco articular pasivo.
- Se llevan a cabo, individualmente con cada articulación, todas las movilizaciones recogidas en la tabla de valoración de la movilidad, descrita en el punto de evaluación kinesiológica del presente artículo. Las movilizaciones serán suaves y progresivas, dentro del arco funcional de movimiento.
- Aprovechamiento de las sinergias existentes en la extensión y flexión de muñeca.
- Las movilizaciones se llevan a cabo atendiendo a los planos y ejes de movimiento.

**Semana 4**

La última fase de la intervención describe las siguientes técnicas.

- Movilizaciones activas
 

El paciente realiza de manera voluntaria todas las movilizaciones entrenadas de forma pasiva en la fase anterior de la rehabilitación.
- Capacidad funcional de la mano.
  - Una vez se ha recuperado el rango articular funcional, el siguiente paso es entrenar al paciente en la ejecución de la función de prensión. A través de la repetición de las diferentes presas y pinzas de precisión características de la función motora de la mano.
  - Entrenamiento de la capacidad de adaptación de la mano. Propuesta de ejercicios que fomenten el ahuecamiento de la misma, a través de la formación de unos arcos que se disponen en diferentes direcciones.

**PROBLEMAS DERIVADOS DEL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO (9)**

Al paciente, tras la intervención quirúrgica, no se le instruye en el mantenimiento de planos inclinados para el miembro inmovilizado. Como consecuencia refiere una inflamación edematosa en mano y dedos, que entorpece la recuperación durante la fase de rehabilitación postquirúrgica.

El tipo de inmovilización aplicada es un vendaje enyesado cerrado dispuesto desde el antebrazo en su parte proximal, hasta las falanges distales. Valorando que para garantizar la mínima repercusión del rango

<sup>4</sup> Un dermatoma es una región cutánea inervada por una raíz o nervio dorsal de la medula espinal. La localización de una pérdida sensitiva puede establecerse sobre la piel, a modo de mapa, atendiendo a la distribución de los nervios en dichas regiones.

de movimiento hay que implicar el menor número de articulaciones posibles, la inmovilización de todas las de mano y muñeca resulta excesiva y perjudicial para este grado de lesión.

Un vendaje cerrado imposibilita el seguimiento del miembro lesionado durante el proceso de inmovilización. Siendo factible el desconocimiento de aparición de alteraciones en la vascularización, movilidad y sensibilidad en el segmento osteomuscular.

El tratamiento ortopédico se ha alargado durante tres semanas, periodo demasiado largo que perjudica la recuperación posterior de la funcionalidad del miembro afectado. La inmovilización prolongada en este caso supone una mayor pérdida de fuerza y masa muscular y una elevada restricción en el rango articular.

Tras la retirada del tratamiento ortopédico se observa que el proceso de cicatrización de la sutura aplicada en el dorso se ha visto alterado. Aún hay tramos de riesgo de apertura en la herida, y restos de costra superficial. El proceso de regeneración se alarga por la falta de transpiración de la herida y por tanto el inicio de las movilizaciones postquirúrgicas debe retrasarse.



## CONCLUSIONES

- La recuperación articular es progresiva pero constante, llegando a recuperar todo el arco de movimiento de las articulaciones afectadas.
- La presencia de parestesias en mano y antebrazo, remite tras la aplicación de las pautas de posicionamiento en planos inclinados.

- La inflamación edematosa desaparece de forma gradual durante la primera semana de tratamiento.
- La musculatura del antebrazo gana en volumen y fuerza, acercándose a los niveles previos a la lesión.
- El tratamiento ortopédico constituye un alto factor condicionante en el éxito de la aplicación de la recuperación funcional postquirúrgica.
- Se lleva a cabo un seguimiento de la recuperación funcional y de la resistencia tendinosa al mes de concluir la rehabilitación postquirúrgica. La evolución de una lesión puede sufrir complicaciones tras el cese del tratamiento inicial, por lo que el seguimiento se justifica para garantizar una intervención completa.
- La mano tiene una gran representación a nivel funcional en la ejecución de las actividades de la vida diaria. Su función motora a través de la capacidad de prensión y oposición del pulgar. La función perceptiva que posibilita el reconocimiento de objetos. Su función expresiva que favorece la comunicación no verbal y la capacidad de adaptación que aporta a la función motora presas específicas y complejas. Una lesión tendinosa puede disminuir e incluso abolir cualquiera de estas funciones, comprometiendo el nivel de independencia en la rutina diaria. Dicha repercusión implica al terapeuta ocupacional en la intervención requerida para tratar la lesión.
- El terapeuta ocupacional, para garantizar un tratamiento adecuado y preciso de la disfunción presentada, debe conocer la patología a nivel clínico. Además, una formación continuada en anatomía, biomecánica y kinesiológica, respalda una intervención profesional, con un alto índice de recuperación para el paciente.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Garrido Montañana R. Técnica manual para el drenaje linfático: teoría y práctica de las maniobras a realizar. Barcelona. Morales i Torres Editoriales, S.L. 2004
- (2) Daniels L. y Worthingham C. Pruebas funcionales musculares. 4ª edición. Nueva editorial Interamericana S.A. de C.V.
- (3) Fueyo Lorente A. Traumatología y Ortopedia. 13ª edición. Oviedo. Curso Intensivo MIR Asturias, S.L. 2008
- (4) Rodríguez Sanz F. III Exploración neurológica. [10-de Julio de 2011]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/exploracion\\_neurolologica.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/exploracion_neurolologica.pdf)
- (5) Sanjurjo Castela G. Apuntes del curso de Kinesiológica aplicada en Terapia Ocupacional: miembros superiores. Oviedo, Forsalus. 2008.
- (6) Cailliet R. Anatomía funcional, biomecánica. Marban Librería Editorial. 2005
- (7) Downie P. Neurología para fisioterapeutas. Panamericana Editorial Médica. 1998
- (8) Kapandji A.I. Fisiología articular, tomo I. 6ª Edición. Editorial médica Panamericana.
- (9) Proyecto ISS-ASCOFAME. Guías de práctica clínica basada en la evidencia: lesiones traumáticas de la mano. Asociación colombiana de facultades de medicina.
- (10) Quesnot A. Chanussot J.C. Rehabilitación del miembro superior. Editorial médica Panamericana. 2010

## Significados atribuidos a la ocupación de lectura en el tiempo libre.

### Meanings attributed to the occupation of leisure time reading.

#### Proyecto de investigación

**Melisa del Carmen Rodríguez.** Licenciada en Terapia Ocupacional.  
**Ibis Romina Teramelli.** Licenciada en Terapia Ocupacional.  
**Virginia Torres.** Estudiante de Licenciatura en Terapia Ocupacional.  
Correspondencia: rodriguezmelisa10@gmail.com



Recibido:  
30-1-2011

Aceptado:  
8-8-2011

#### Proyecto de Investigación ganador de la VIII Beca Susana Rodríguez

#### ● RESUMEN

El Hospital de niños Dr. Orlando Alassia de la Ciudad de Santa Fe, cuenta desde el año 2007 con la Biblioteca Infanto-Juvenil "Sana, sana... colita de rana", para los niños/as y familiares que concurren a dicho nosocomio. Este espacio instala la lectura como nueva práctica recreativa, contribuyendo a la humanización del contexto hospitalario y atenuando el estrés del periodo de hospitalización. El objetivo del presente trabajo consiste en conocer el conjunto de significados que se construyen alrededor de la práctica de lectura en este hospital. Se considera necesario profundizar en las significaciones atribuidas por los niños, como también las de sus acompañantes y mediadores de lectura, pues éstas otorgan sentido a la participación en esta ocupación. La naturaleza de este trabajo es descriptiva con un abordaje cualitativo, dado que exige un conocimiento ligado a lo simbólico, la interpretación y la validez de tipo consensual de las "voces" de los participantes. Reconocer la narrativa de los niños, acompañantes y mediadores permitirá comprender sus experiencias de lectura en la hospitalización y evaluar la ocupación de lectura como intervención para promover el bienestar y calidad de vida en la hospitalización e incluso en otros contextos.

#### ● PALABRAS CLAVES (DeCS)

Biblioterapia, proyecto de investigación, Terapia Ocupacional.

#### 1. ACLARACION DE CONCEPTOS

**LECTURA:** adherimos al concepto de lectura planteado por la teoría Transaccional, "momento especial en el tiempo, que reúne un lector particular con un texto particular y en unas circunstancias también muy particulares que dan paso a la creación de un poema" (1).  
**MEDIADOR DE LECTURA:** "es aquel o aquella que puede legitimar un deseo de leer no bien afianzado. Aquel o aquella que ayuda a traspasar umbrales, en diferentes momentos del recorrido. Ya sea profesional o voluntario, es también aquel o aquella que acompaña al lector en ese momento a menudo tan difícil, la elección del libro. Aquel que brinda una oportunidad de hacer hallazgos, dándoles movilidad a los acervos y ofreciendo consejos eventuales, sin deslizarse hacia una mediación de tipo pedagógico" (2,3).

#### 2. INTRODUCCIÓN

El Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, de la ciudad de Santa Fe, se constituye como el campo de investigación.

#### ● ABSTRACT

The Children's Hospital Dr. Orlando Alassia of the City of Santa Fe, has since 2007 with the Library of Children and Adolescents "Sana, sana ... colita de rana" for children and family attending the hospital. This space installed new practice reading as recreation, contributing to the humanization of the hospital setting and easing the stress of hospitalization period. The aim of this study is to know the set of meanings that are built around reading practice at this hospital. It is considered necessary to delve into the meanings attributed by the children, as well as those of his companions and reading mediators, because they make sense of participation in this occupation. The nature of this work is descriptive in a qualitative approach, since it requires a knowledge linked to the symbolic, the interpretation and validity of consensual type of the "voices" of participants. Recognizing children's fiction, chaperones and mediators will understand their reading experiences and evaluate hospitalization occupation reading as an intervention for promoting the welfare and quality of life in hospitalization and even in other contexts.

#### ● KEY WORDS (MeSH)

Bibliotherapy, Occupational Therapy, research design.

Es un establecimiento de salud que ofrece distintas especialidades médicas y actúa como centro de referencia de la Ciudad. El presente trabajo se realizará en la Unidad de Cuidados Moderados e Intermedios (CIM) donde se encuentran internados pacientes cuyos requerimientos de atención son de mediana complejidad.

Durante la hospitalización el niño puede sufrir estrés derivado de una situación ambiental que implica una modificación en su rutina, la pérdida del ambiente familiar, intervenciones dolorosas, pérdida de actividades escolares, falta de estimulación social, etc. A su vez, la mayor cantidad de tiempo transcurre como tiempo no elegido donde existen problemas de restricción ocupacional. En la actualidad ha aumentado el interés de los profesionales de la salud que se desempeñan en contextos hospitalarios, por potenciar el bienestar psicofísico de sus pacientes fundamentalmente para disminuir el "estrés hospitalario". En concordancia con esta idea, el hospital Alassia ha incorporado en los últimos años el Área Recreativa. En este espacio se apuesta a la Salud desde la Recreación y tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del