

Instituto de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Ciencias Médicas de Bs. Aires
Director: Prof. Dr. Juan P. Garrahan
Centro de Psicología y Psiquiatría

LA ZURDERA Y SU RELACION CON DIFICULTADES
EN EL APRENDIZAJE ESCOLAR Y ALTERACIONES
EN LA PERSONALIDAD DEL NIÑO

POR LA

DRA. TELMA RECA DE ACOSTA Y LA SRTA. ANA MATILDE MONTEDOR

La localización unilateral —en el hemisferio izquierdo, comúnmente— de los centros del lenguaje (palabra hablada, leída y escrita), es un hecho conocido y estudiado en los adultos a través de los casos en que destrucciones focales de tejido nervioso determinan diversos tipos de afasia.

Al lado de este predominio del hemisferio izquierdo en lo tocante al lenguaje, obsérvese, asimismo, en la especie humana, un predominio cerebral unilateral —también izquierdo, generalmente— en lo que atañe a la habilidad manual, que se manifiesta por la predilección o tendencia al uso de una mano, de preferencia a la otra.

El predominio unilateral cerebral con respecto a las funciones de ojos y pies no ha dado origen a tantas observaciones, probablemente por no estar sujetos estos órganos a las mismas condiciones de aprendizaje que las manos. Parece existir, sin embargo, y ser también izquierdo con la mayor frecuencia.

El uso definitivo de una u otra mano —la condición de diestro o zurdo— depende de dos factores: herencia y adiestramiento. Es evidente que existen grados variables de predisposición hereditaria al uso de la mano derecha o izquierda y, en general, al predominio de lateralidad de los tres órganos mencionados. El predominio unilateral derecho —correspondiente al hemisferio izquierdo— para los tres es el más frecuente. Existen, sin embargo, casos mixtos y cruzados, de tal modo que, de los individuos fuerte y decididamente diestros a los fuerte y decididamente zurdos, se extiende una gama de grados intermedios.

Si se tiene en cuenta este hecho —la variabilidad de la determinación hereditaria— es fácil comprender que el aprendizaje unilateral forzado puede conducir a resultados diferentes, según la intensidad de la tendencia congénita. De ahí las distintas observaciones y, por ende, opiniones, sobre los efectos del aprendizaje forzado de la mano derecha en los zurdos.

Parece ser que, en el momento de nacer, no existe aún la diferenciación de áreas cerebrales que determina el predominio de la lateralidad.

RECA de ACOSTA - MONTDOR.—ZURDERA EN EL NIÑO 97

El niño muy pequeño usa indistintamente ambas manos. Coincide este hecho —comenta Orton*, a quien debemos uno de los más fecundos trabajos sobre el tema, y cuya orientación seguimos —con la observación de Pierre Marie de que los niños que padecen hemiplejías derechas congénitas no registran una incidencia mayor de trastornos de la palabra que los que las sufren en el lado izquierdo, lo cual indicaría que, en el momento del nacimiento, ninguno de los hemisferios está exclusivamente destinado al control de la palabra, y que si uno de ellos es lesionado el otro puede desarrollar esta función. Esto no obstante, la mayoría de los niños son portadores de una tendencia hereditaria a desarrollar de modo predominante estas funciones en uno u otro hemisferio.

En nuestro medio cultural se tiende a exigir al niño el uso de la mano derecha, de preferencia a la izquierda. En dos momentos de su vida, fundamentalmente, el niño zurdo se enfrenta con esta exigencia: cuando comienza a tomar objetos y a realizar pequeños actos por sí mismo (comer, saludar, vestirse, etc.), y cuando inicia el aprendizaje escolar. Casi siempre la familia procura corregir la zurdera, cuando la advierte, obligando al niño a usar la mano derecha en los menesteres cotidianos. Si esto no ocurre entonces, al ingresar a la escuela el zurdo se encuentra generalmente con esta imposición. En ambos casos el cambio forzado de lateralidad puede ocasionar trastornos. La obstaculización al uso de la mano izquierda acarrea, en buen número de niños, dificultades en el aprendizaje de la escritura (agrafia de desarrollo, por oposición a la agrafía adquirida por lesión), uno de cuyos componentes más comunes es la escritura en espejo. A estas dificultades en la escritura van aparejadas, lógicamente, dificultades en la lectura, y a ambas se unen, casi siempre, trastornos motores —torpeza manual, inseguridad de movimientos, etc.— consecutivos a la obstaculización de la función del hemisferio cerebral dominante. A menudo estos niños son considerados como deficientes mentales, sin serlo, en razón de su fracaso escolar y su torpeza general. Un estudio detenido del niño y de sus antecedentes y una observación y análisis cuidadosos de su trabajo escolar permiten llegar al diagnóstico y establecer el tratamiento adecuado, cuyo elemento fundamental es la restauración de la lateralidad inicialmente dominante.

Si bien en la mayoría de los casos los antecedentes permiten establecer claramente el diagnóstico de zurdera reprimida, en algunas ocasiones falta el conocimiento de los antecedentes, y la influencia del aprendizaje enmascara la disposición inicial. Se hace preciso entonces recurrir a otros procedimientos de estudio.

Pruebas de lateralidad de Harris. Con el fin de diagnosticar de manera exacta el grado y tipo de predominio lateral, Albert J. Harris** ha ideado una serie de pruebas.

* Orton, S. T.—Reading, writing and speech problems in children. N. Y.

** Harris tests of lateral dominance. The psychological Corporation. N. Y.

Para la realización de estos tests se usa el siguiente material:

1. Formularios para anotación (incluyendo casillas para indicar el predominio de la lateralidad en las manos, ojos y pies).
2. Test de visión de Miles A B C.
3. Tablero de 7 por 10 pulgadas, con un agujero de 1 pulgada en el centro.
4. Hojas para tabulación, para informar al autor sobre los resultados.
5. Calidoscopio.
6. Telescopio de juguete.
7. Una pequeña bolsa rellena de porotos.
8. Mazo de 52 naipes.
9. Rifle de juguete.
10. Dos lápices de igual longitud.
11. Cronómetro, o en su defecto, reloj con secundero.
12. (Facultativo) Dinamómetro.
13. (Facultativo) Test de eficiencia visual.

Con este material Harris realiza 11 pruebas.

Las sintetizamos a continuación, recomendando la consulta del trabajo original para su conocimiento completo.

1. Distinción de derecha e izquierda. Se pide al sujeto que muestre su mano derecha, su oreja izquierda y su ojo derecho. Se toma en cuenta la exactitud de la respuesta y la presencia o falta de vacilación.
2. Preferencia manual. Se pide al sujeto que muestre cómo lanza una pelota.
3. Escritura simultánea. Se pide al sujeto que escriba simultáneamente con ambas manos los números de 1 a 12.
4. Escritura. Se pide al sujeto que escriba su nombre con una y otra mano, sucesivamente.
5. Punteado. Se pide al sujeto que haga marcas con un lápiz en una superficie cuadriculada, con una y otra mano, sucesivamente.
6. Manejo de naipes. Se divide el mazo en dos grupos de 26 cada uno, y se pide al sujeto que los reparta con una y otra mano, sucesivamente.
7. (Facultativo) Fuerza de la mano. Se mide con el dinamómetro, en ambas manos.
8. Pruebas monoculares: 1, Calidoscopio. Se le invita a mirar por él, y se observa a qué ojo lo lleva. 2, Telescopio. Misma técnica. Se observa el ojo usado. 3, Rifle. Se pide al sujeto que haga puntería con el rifle, y se observa qué ojo utiliza.
9. Tests binoculares. Se efectuarán con el material de los tests de visión A B C de Miles.
10. (Facultativo) Tests estereoscópicos. Se utiliza el material de la serie telebinocular Keystone.
11. Pateo. Se pide al sujeto que patee la bolsa de porotos como si fuera una pelota y se observa el pie usado. Se pide que repita la operación con el otro pie y se observa la exactitud y destreza del movimiento.

El estudio de los resultados de estas pruebas permite establecer el predominio de la lateralidad para la mano, el ojo y el pie.

TRATAMIENTO. REEDUCACION

En cuanto se refiere al tratamiento y la reeducación de la lateralidad izquierda, hemos debido usar métodos especiales, adaptados a la necesidad de cada paciente en particular. Dichos métodos tienden al restablecimiento de la motricidad izquierda.

1º Ejecución de movimientos amplios con los miembros superiores e inferiores, doblemente acentuados en el lado afectado.

2º Práctica de trabajos manuales, recortado y juegos que ayuden a desarrollar la destreza manual.

3º Al establecerse la escritura se tratará de hacer el aprendizaje de cada símbolo por separado, previa ejercitación en el aire, ayudándose al mismo tiempo con la representación fonética frente al espejo.

Se dirigirá luego la mano hasta obtener seguridad. Podrá permitirse el uso voluntario de la lateralidad, según la elección espontánea del paciente, sin formular ninguna sugestión al respecto.

En cierto momento del tratamiento hay enfermos que llegan a escribir indistintamente con ambas manos.

Entre los niños estudiados y tratados en el Centro de Psicología y Psiquiatría hemos observado, con relativa frecuencia, dificultades en el aprendizaje escolar y alteraciones en las funciones motora e intelectual —particularmente en la esfera del lenguaje— relacionadas, total o parcialmente, con la represión del uso de la mano izquierda.

Presentamos cinco historias clínicas, ilustrativas de la importancia de este factor.

CASO Nº 1.—Historia Nº 1355. Noemí Edith S., de 8 años de edad.

Motivos de la consulta: Dificultad en la palabra, repetición de grados.

Antecedentes personales, desarrollo y educación de la niña: Hija novena, la menor de todos los hermanos, nacida de embarazo y parto normales. Desarrollo normal, salvo en la palabra. Dijo sus primeras palabras a los 2 años y aún (8 años) no habla bien, ni tiene lenguaje completo.

Inapetente. Prefiere los alimentos líquidos y la familia le permite tomarlos, ya que su ingestión ofrece menor dificultad. Mucofagia. Recién a los 4 años comenzó a comer sola. Nunca se le dió independencia, por temor a que se desempeñara mal.

No tuvo problemas en la eliminación, aunque, de vez en cuando, mojó sus sábanas por descuido.

En la casa tiene buen humor, es activa, muy mimosa, infantil, rebelde, llora con facilidad. Es tímida frente a los extraños.

Cuando comenzó a concurrir a la escuela, a los 6 años, no le gustaba, lloraba, asistía irregularmente. Repite por tercera vez el 1º inferior.

Es zurda. Se ha tratado de obligarla al uso de la derecha, tanto en la casa como en la escuela.

Antecedentes familiares y sociales: Padres de edad madura (50-51 años). Madre cariñosa, enferma renal, no puede concurrir nunca al consultorio. Padre comprensivo, quiere a sus hijos.

Los hermanos de 26, 24, 22, 20, 18, 15, 13 y 12 años, tratan de alivianar las tareas de la niña. Corrigen levemente el lenguaje, pero encuentran graciosa su expresión infantil y su dependencia.

Es una familia de condición humilde. Viven en una casa de cuatro habitaciones. La niña duerme con la hermana de 24 años.

Estado actual. Alteraciones del desarrollo y conducta en el momento presente: Falta de rendimiento escolar. Por tercera vez repite el 1º inferior. En la escuela la maestra y el médico escolar tienen la impresión de que se trata de un caso de retardo.

Copia sin saber leer. En el dictado invierte las letras, no coordina en la lectura ni en la escritura.

Tiene lenguaje infantil y dislalias numerosas. Su defecto casi podría clasificarse como pedolalia. Las compañeras se burlan de su palabra.

Es muy tímida, inhibida, temerosa, se refugia siempre en los brazos de la hermana mayor, que la trae al consultorio.

El examen físico comprueba desarrollo ligeramente inferior a su edad, inseguridad motora, marcha vacilante.

Sistema nervioso: Normal.

Edad ósea: Normal.

Valoración de la inteligencia mediante el test de Terman Merrill: C. I. = 97. No existe, por lo tanto, deficiencia intelectual ni retardo de desarrollo.

Tratamiento, indicaciones, reeducación: Se decide efectuar una reeducación social, motora y foniatría completas. Se aconseja a la familia crear en la niña hábitos de independencia, en lo tocante a su cuidado y arreglo y hacerla desempeñar algunas tareas domésticas.

Se estimula el uso de la mano izquierda mediante recortado, pintura, planchado, etc., y se realiza la rehabilitación de la lateralidad izquierda con una reeducación kinética.

Se solicita a la familia y a la maestra que cesen de obligarla al uso de la mano derecha.

Evolución: En ocho meses se logra una recuperación completa en la palabra, la lectura y la escritura. Se hace más comunicativa, tiene amiguitas. Sigue un régimen normal en las comidas.

En el colegio es respetada y querida por sus maestras y compañeras; es buena alumna. Sin embargo, visitada después de un año, expresa que conserva cierta torpeza manual, ya que aún la miman mucho y le facilitan sus tareas. Usa indistintamente ambas manos.

SÍNTESIS. CONCEPTO DEL CASO.—Niña menor entre diez personas mayores, que tratan de interpretar sus más mínimos deseos, impidiéndole toda tarea o iniciativa personal, y sienten placer en seguir conservando un "bebe" en la familia. Como consecuencia de esta actitud, mantiene un lenguaje y una forma de alimentarse infantiles. Es, además, mimosa y tímida.

La zurdera reprimida ocasiona marcada inseguridad motora y, al llegar a la edad escolar, incapacidad para la coordinación de los fonemas en la lectura y escritura.

Probablemente la represión precoz del uso de la mano izquierda, en el momento de establecerse la función de la palabra, contribuyó con los restantes elementos educativos señalados, a dificultar su evolución normal.

Caso Nº 2.—Historia Nº 1967. Sergio P. C., de 7 años de edad.

Motivos de la consulta: Es enviado para sugerirle una orientación por-

RECA de ACOSTA-MONTDOR.—ZURDERA EN EL NIÑO 101

que tiene dificultades escolares. Concorre sólo dos veces con intervalo de 6 meses entre la primera y la segunda vez.

Antecedentes personales, desarrollo y educación del niño: Primogénito, nacido de embarazo y parto normales. Desarrollo normal, salvo el control de esfínteres, establecido, el rectal a los 6 años y el vesical a los 3. Sigue un tratamiento por ectopía testicular. Tuvo congestión pulmonar a los 6 años y coqueluche a los 2.

Antecedentes familiares y sociales: Vive con otros familiares. Tiene una hermana de 5 años y tres primos. El padre es comerciante y no puede desligarse de las tareas para traer al niño. La madre no sabe viajar.

Duermen todos en una pieza, con un presupuesto reducido.

Estado actual. Alteraciones del desarrollo y la conducta en el momento presente: Es distraído, se lleva todo por delante. Aunque el examen oftalmológico no ha revelado ningún trastorno, se supone que tiene "alguna deficiencia", puesto que no se concentra. El niño mismo expresa: "yo no puedo ir a la escuela del estado como todos los niños; me lo dijo el doctor".

Se intentó que tuviera maestra particular. En dos meses no consiguió que escribiera. Reconoce las letras, pero no las escribe. Dice: "No sé lo que tengo en la mano; la mano no quiere escribir". Hace las letras en espejo. Es zurdo al comer. Trabaja indistintamente con una u otra mano. La madre se lo prohíbe, le fuerza a usar la derecha. En la entrevista el niño impresionado como normal. Se efectúa el test Terman y demuestra, ante el estímulo, gran capacidad.

Es un niño desconfiado de sí mismo, resignado ante sus fracasos. "Soy un haragán", dice. Es torpe, inhábil. Lo comparan constantemente con la hermana menor, tanto en la casa como en la escuela. El se irrita, se rebela contra ella.

Tratamiento. Indicaciones. Reeducción: Como el inconveniente de los viajes al consultorio impide que siga concurriendo, se le aconseja estimular el uso de la mano izquierda en la casa y en la escuela.

Evolución: Al cabo de seis meses, concurren e informan que "aunque es lento, va aprendiendo a leer y escribir".

La maestra actual, que ha comprendido el trastorno y el procedimiento de aprendizaje, consiguió enseñarle bastante en poco tiempo. Se le permite el uso de ambas manos.

SÍNTESIS DEL CASO.—Niño zurdo, a quien se le obliga desde pequeño al uso de la mano derecha y fracasa en el aprendizaje escolar. Su torpeza origina castigos y comparaciones desfavorables con la hermana, y es atribuida a "alguna deficiencia", aunque el examen médico es negativo. El tratamiento consiste en el cambio del criterio pedagógico en la escuela y los procedimientos educativos en la familia, permitiéndose el uso de la mano izquierda.

CASO Nº 3.—Historia Nº 2034. Eleonor D. H., de 6 años y medio de edad.

Motivos de la consulta: Falta de rendimiento escolar (por retardo según la maestra). Lenguaje infantil. Enuresis.

Antecedentes personales, desarrollo y educación de la niña: Segunda hija, nacida de embarazo y parto normales. Desarrollo normal, salvo en la marcha, iniciada a los 16 meses a raíz de padecer raquitismo y serle colocado un tutor de yeso, que impedía todo movimiento a los miembros inferiores.

Cuando intentaba caminar la sujetaban. Salud delicada; a las tres semanas se le opera un ganglio infartado en el cuello. Continúan sus trastornos y se instala una bronquitis de tipo asmático. A los 16 meses le operan las amígdalas y vegetaciones adenoides. Recién a los 23 meses camina libremente. Vómitos acetonémicos, que se repiten hasta el día de hoy ante la menor febrícula. Se repite la amigdalectomía a los 3 ½ años. Parotiditis a los 4 años, sarampión a los 5. No hay problemas alimenticios, aunque en la convalecencia de sus enfermedades se insistió en la alimentación. El sueño es tranquilo desde los 2 años. Grita, tiene miedo a la obscuridad, a los lobos y los ladrones. Duerme en una habitación separada, sola, pero a la mañana acostumbra pasarse a la cama de los padres. Ha sido siempre constipada. Le han administrado enemas, supositorios y ahora laxantes. De vez en cuando se orina en la cama y queda muy preocupada, avergonzada. Tiene flujo. Siempre se ha mostrado inestable, inhábil. Es zurda. La madre comprendía el problema y no la forzó a usar su mano derecha. En el colegio, sin embargo (fué al jardín de infantes desde los 3 años), la obligaban a emplear la derecha.

Niña alegre, pero de humor variable, tímida, inhibida (ha sufrido mucho), mimosa, activa, rebelde, dominadora, cabecilla, pendenciera, llorona, celosa del padre, inconstante. Inteligencia aproximadamente normal: C. I. 87. Al respecto existe discrepancia de juicio entre padres y maestra.

Adquisición de hábitos de independencia a los 4 años. Palabra infantil.

Antecedentes familiares y sociales: Padres jóvenes. Ambiente y educación de tipo extranjeros. Situación económica desahogada.

Madre y hermano (8 años), zurdos. Este último, también fué atendido en la clínica por enuresis. Por esta razón la madre teme haber fracasado frente a los hijos. Es algo nerviosa, pero intuitiva, cariñosa y comprensiva. El padre es tranquilo, hogareño, minucioso, cariñoso con la familia. A raíz de la enfermedad y debilidad de la niña, ha sido en exceso complaciente con ella. Le ha permitido acompañarlo en la cama y en el baño y jugar con su cuerpo. En general todos los miembros de la familia acostumbraban a mostrarse desnudos ante los otros. En el curso de las sesiones psicoterápicas se puso de manifiesto la influencia dañosa que esta actuación ejerció sobre la niña.

Estado actual. Alteración del desarrollo y la conducta en el momento presente: Concorre porque en la actualidad no puede coordinar la escritura. Es zurda como el hermano y la mamá. En la escuela se ha tratado de educarla, desde los 3 años (Jardín de Infantes), para que fuera diestra, sin resultado. En el 1º inferior, la maestra quiso que se acostumbrase como los otros niños. Ella sufre mucho. Siempre tiende a usar la izquierda y no trabaja bien con ninguna de las dos. Después de los tres primeros meses de clase, la maestra comprendió el problema, pero en la actualidad la niña escribe de derecha a izquierda, en espejo, haciendo un todo incomprensible (Fig. 1).

Pregunta "por qué saca mal, si ella estudia". Tiene gran preocupación por la escuela. Teme "quedar burra". No quiere separarse de la madre, está deprimida, llora si le solicitan que escriba.

Mala implantación dentaria, paladar ojival, babeo. Su lenguaje se torna infantil, especialmente cuando quiere hacerse la bebita.

Tiene balanceo del cuerpo y movimiento ocular como falta de control. El examen oftalmológico, efectuado posteriormente, revela acentuada miopía y la corrección del defecto trae consigo la desaparición de estos movimientos.

RECA de ACOSTA - MONTDOR.—ZURDERA EN EL NIÑO 103

Es una niña inestable, que riñe y provoca al hermano. Se muestra sumamente celosa del padre y agresiva con la madre.

El examen psicométrico (test de Terman-Merrill), se efectúa en la convalecencia de gripe y vómitos acetonémicos. Durante la prueba, la niña se presenta inhibida, preocupada. Se obtiene un C. I. 87. Es presumible que en condiciones normales de salud su C. I. sea mayor.

Figura 1

Escritura con la mano derecha, al comenzar el tratamiento

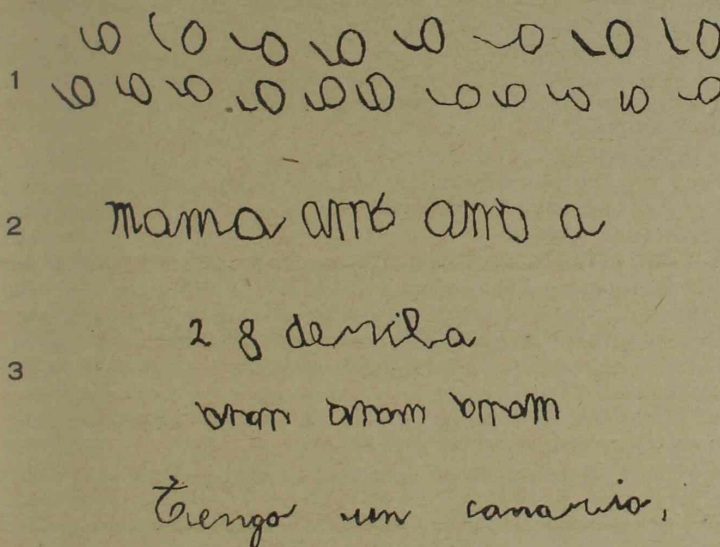


Figura 2

Escritura al final del período de reeducación, efectuada con la mano izquierda

- 1, Escritura de la letra *a* en espejo
- 2, Inversión de las palabras en la frase
- 3, Escritura en espejo, mezclada a la normal

Tratamiento, indicaciones, reeducación: Se explica el problema en la escuela. Toman maestra particular. Se estimula en todos los aspectos el uso de la mano izquierda.

Como la niña se niega a hacer ejercicios físicos, en el primer período del tratamiento, la madre le hace practicar algunos, en la casa, tendientes a fortalecer su lateralidad mediante juegos.

Se hace psicoterapia, con el objeto de ayudarla a expresar y superar sus dificultades.

Se realizan 17 sesiones, durante las cuales la niña demuestra curiosidad sexual, sentimientos ambivalentes hacia la madre y el padre, y, como consecuencia, remordimiento, angustia y necesidad de autocastigarse; situación que supera ampliamente al cabo del tratamiento.

Caso Nº 4.—Historia Nº 2073. Luis L., de 9 años de edad.

Motivos de la consulta: Distracciones, nerviosidad, fabulación, incoherencia, dislalias.

Antecedentes personales, desarrollo y educación del niño: Hijo único, nacido de embarazo normal. Parto distócico. La alimentación materna, hasta los 8 meses, se hizo con rigidez de horarios. Al cambiar de alimento, los sólidos le producen vómitos y la leche náuseas. Le reprochan que come con premura y sin masticar.

Como además es zurdo, le atan el tenedor a la mano derecha y le corrigen los modales en la mesa. Al ingresar al Jardín de Infantes se insiste en este procedimiento, para obligarlo a emplear la derecha.

Padece constipación. La familia se preocupa constantemente. Se le dan laxantes. Tuvo coqueluche a los 7 meses, sarampión a los 4 años, varicela a los 8 y le amigdalectomizaron a los 3. Desde los 7 años usa soportes para corregir el pie plano.

Habla dos idiomas, el italiano y el castellano, y se le exige perfección. Concurrió tres años a 1º inferior, sin adelantar. Repite ahora 1º superior. En la escuela la maestra no le permitió nunca el uso de la mano izquierda, y le pegaba para corregirlo.

Antecedentes familiares y sociales: Padre de 50 años y madre de 36, ambos de nacionalidad italiana.

Tuvieron dificultades económicas, que en la actualidad han sido superadas. El padre es enfermo cardíaco y sufrió varios infartos de miocardio.

Es muy nervioso, emotivo, malhumorado, disconforme con su vida, intranquilo por su salud. Tiene un alto cargo en Dock Sur y debe atravesar diariamente el río, lo que intranquiliza a la familia. Es intolerante con el niño, a quien exige un comportamiento de adulto.

La madre se desempeña como portera del departamento donde viven. Trabaja sin descanso hasta altas horas de la noche. Su educación es superior a las tareas que desempeña. Es muy nerviosa; consulta constantemente a los médicos.

En el departamento hay pocas comodidades. El niño duerme en la habitación de los padres y carece de espacio para jugar. No le dejan salir, ni alcanza el tiempo para llevarlo a alguna plaza. Le exigen constantemente educación, compostura y buen comportamiento en la casa y en sociedad. Sus juegos molestan al padre, delicado de salud. Atribuyen la "mala conducta" del niño a "anormalidades psíquicas, o a retardo".

Estado actual. Alteraciones del desarrollo y la conducta en el momento presente: Es un niño distraído, nervioso, inestable, desprolijo, muy infantil, alegre, "jugaría el día entero". Es desobediente, perezoso, mentiroso, contestador, caprichoso. No tiene amigos; siempre discute y riñe con ellos. Es lento, no presta atención. Tiene marcada zurdera. Durante el examen se advierte, como dislalia, sólo el ceceo y cierta rigidez en la articulación, quizás imputable a poca fluidez, por el paso continuo de un idioma a otro. No sigue la ilación de temas, en la conversación.

Tiene dificultad alimenticia: arcadas, vómitos, náuseas. Duerme bien, pero a veces, en la noche, despierta y vomita. Es constipado.

El nivel mental (test de Terman Merrill) lo coloca en el grupo de los débiles mentales ligeros (E. M. 6ª 9m C. I. 71). Sin embargo, no puede emitirse una opinión definitiva sobre su desarrollo intelectual, en razón de la inhibición y la falta de confianza en sí mismo, durante la realización de

RECA de ACOSTA - MONTDOR.—ZURDERA EN EL NIÑO 105

la prueba. El niño pregunta constantemente "si puede tocar el material, si es caro todo eso, si está bien lo que hace".

Tratamiento. Indicaciones. Reeducción: Se indica no corregirlo en el uso de la mano izquierda, tanto en la casa como en el colegio.

Al cabo de ocho sesiones, mejora en la lectura y escritura, a pesar de que la familia continúa con la severidad antedicha y desconfía siempre de la capacidad intelectual del niño.

Se hace psicoterapia, tendiente a permitirle expresar sus conflictos y sentimientos con espontaneidad y a darle mayor seguridad.

SÍNTESIS DEL CASO.—Niño zurdo, con ligera deficiencia mental, a quien se obliga desde pequeño al uso de la mano derecha, y que habla desde el comienzo dos idiomas. Padre enfermo y severo. La familia vive en un clima de angustia en razón de dicha enfermedad.

El niño presenta dificultades escolares, en particular en el aprendizaje de la lectura y escritura, defectos de palabra, inseguridad motora y problemas varios de conducta.

El conjunto del cuadro debe ser atribuido al total de circunstancias. Los defectos de palabra al uso precoz de dos idiomas. La dificultad de lectura y escritura al uso obligado de la mano derecha, y los trastornos de conducta al ambiente general del hogar y a las medidas educativas usadas por los padres. Ha de considerarse que estos factores han incidido sobre un niño con ligera deficiencia mental, y que han actuado no separadamente, sino influyéndose y agravándose recíprocamente.

Por esta razón se impone a la vez el tratamiento pedagógico, el psicoterápico y la reeducación del ambiente familiar.

CASO Nº 5.—Antonio G., de 10 años de edad.

Motivos de la consulta: Es internado en 1947 en el Instituto "Sánchez Picado" por falta de rendimiento escolar y problemas económico-sociales en el hogar.

Antecedentes personales, desarrollo y educación del niño: Hijo cuarto, menor, nacido de embarazo y parto normales. Alimentación materna durante un mes. Dentición al año y medio, marcha a los 3 años, palabra a los 18 meses. A los 2 meses padeció trastornos intestinales, no bien precisados, luego raquitismo, sarampión y tos convulsa.

Antecedentes familiares y sociales: Padre italiano, de 39 años. Trabaja de albañil. Alcohólico consuetudinario, irascible, en estado diario de ebriedad, castiga a esposa e hijos cuando está en el hogar. Abuelo paterno también alcohólico. Madre argentina, de 34 años, hija de padres sanos. Trabaja como mucama de hospital. Es afectuosa con sus hijos.

El matrimonio tuvo cuatro hijos, uno de los cuales falleció por convulsiones. Los dos mayores (17 y 14 años), son sanos y normales.

Hace dos años el esposo abandonó el hogar. La madre y los hijos fueron a vivir con familiares, en cuya casa el niño resultaba una carga y una molestia. Al cabo de 18 meses, por esta razón, la madre decidió internarlo en el Instituto "Sánchez Picado".

El niño había concurrido a la escuela del estado durante dos años, sin aprender a leer ni a escribir. Permaneció luego un año en su casa, sin asistir a la escuela. El año actual ingresó en el instituto.

Estado actual. Alteraciones del desarrollo y la conducta en el momento presente: El examen realizado en la Casa de Expósitos, para su internación,

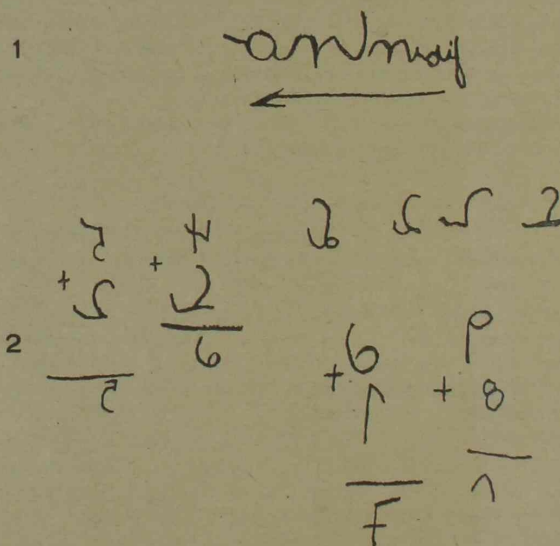
sintetiza: "Retardo mental, terrores nocturnos, amnesia parcial. Desorientación en tiempo y lugar. Hipersensible. Llantos".

Se interna con escaso desarrollo, hiponutrición, hipotrofia. Su lenguaje es rico, claro. No escribe. Usa la mano derecha. Es inseguro, desprolijo, poco dispuesto a la tarea.

Se muestra nervioso, autoritario, comunicativo, sociable, muy emotivo. entra fácilmente en cólera y se ruboriza con facilidad. Es afectuoso, franco, generoso, atento con maestros y compañeros. Cuidadoso de sus ropas. Pendenciero ante la contrariedad. No es disciplinado. Se adapta, trabaja con gusto; prefiere recortar, pintar, dibujar. Su atención es dispersa, tiene memoria auditiva, buena retención, con lagunas. Asociación: lógica y rápida. Juicio: claro y terminante. Habilidad práctica escasa, dificultad en el manejo de la mano. Se interesa por relatos y tiene facilidad para repetirlos. Imaginación creadora: poco desarrollada.

Figura 3

Escritura con la mano derecha, al comenzar el tratamiento



1, Firma. Escritura de derecha a izquierda, en espejo
2, Escritura de números

En el instituto se encuentra en junio de 1949 en el grupo de los niños retardados profundos. No ha alcanzado a ingresar a 1º inferior. No llega a leer ni escribir. Sólo sabe firmar y escribir números.

En un nuevo examen de su trabajo escolar se comprueba que tiene una escritura en espejo (Fig. 3).

Se entrevista a la madre, quien manifiesta que el niño es zurdo.

Siempre, desde la más temprana edad, le han castigado y reconvenido

RECA de ACOSTA - MONTDOR.—ZURDERA EN EL NIÑO 107

por el uso de la mano izquierda. El se quejaba "que no podía, que le dolía la mano, que no sabía escribir ni hacer nada".

En la escuela del estado también le obligaron a usar la derecha.

El test de Binet, efectuado en 1947, lo coloca entre los débiles mentales (C. I. 57), lo mismo que el practicado en 1949 (C. I. 60).

Tratamiento: Se decide rehabilitar su lateralidad izquierda, mediante un tratamiento motor. Se estimula el uso de la mano izquierda en la escritura, simultáneamente con la observación de la articulación de cada fonema, en el espejo. Se solicita que durante la visita mensual al hogar no se le hagan indicaciones, ni se le recrimine cuando usa la mano izquierda.

Evolución: En tres meses es capaz de aplicar con facilidad en la lectura y escritura los fonemas aprendidos. Su torpeza manual ha desaparecido casi totalmente. Se muestra más decidido, animado y dispuesto a colaborar. Dada su mejoría, ha ingresado a 1º inferior. Escribe espontáneamente con la mano derecha, demostrando habilidad (Fig. 4). En este momento el test de Raven revela un percentil de 23, que equivale a un C. I. 73 del Terman. Su nivel mental se aproxima al de los niños subnormales.

Figura 4

Escritura después del tratamiento

- 1 La rana de Ada
- 2 Dale una lila!
- 3 Antonio Giordano

- 1, Escritura espontánea con la mano derecha
- 2, Escritura con la mano izquierda
- 3, Firma con la mano izquierda

SÍNTESIS DEL CASO.—Niño zurdo, débil mental, internado en un establecimiento en razón de una grave situación doméstica, a quien se impide el uso de la mano izquierda en la escuela y en la casa. Tiene insalvables dificultades escolares, y es calificado como "retardado profundo". Debe considerarse que la imposición del uso de la mano derecha acentuó desmesuradamente las dificultades escolares inherentes a su debilidad mental. La rehabilitación de la mano izquierda permite rápido aprendizaje de la escritura, progreso escolar y uso espontáneo posterior de la derecha, así como elevación del rendimiento en los tests mentales.

RESUMEN

Presentamos cinco casos de zurdera, en que la represión temprana del uso predominante de la mano izquierda y la exigencia del uso de la derecha produjo trastornos de gravedad diversa muy en particular en el aprendizaje de la lectura y escritura.

Algunos de estos niños presentaban, además de la zurdera, problemas psicológico-psiquiátricos de índole diversa, relacionados con la zurdera o ajenos a ella: problemas de conducta, rasgos neuróticos, debilidad mental. Varios de ellos con nivel mental normal, habían sido clasificados como deficientes en razón de su torpeza y dificultades en el aprendizaje escolar.

Todos fueron objeto de una reeducación motora izquierda, en lo referente a los movimientos generales y al aprendizaje de la escritura. Aquellos que presentaban otros problemas recibieron, además, el tratamiento adecuado: pedagógico, psicoterápico, etc.

En todos los casos se observó franca y rápida mejoría. Por otra parte, tras la rehabilitación motora general izquierda fué posible, en varios casos, que continuaran usando, o volvieran a usar, la mano derecha para escribir sin dificultades. En los niños con nivel mental inferior al normal se observó elevación del C.I. después del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. *Orton, S. T.*—Reading, writing and speech problems in children. N. Y.
2. *Harris test of lateral dominance.* The psychological Corporation. N. Y.
3. *Goldstein, K., M. D.*—Language and Language Disturbances. N. Y.
4. *Smith, M.*—Teaching an aphasic to write again. "Jour. of Clin. Psych.", oct. 1948; vol. IV, nº 4.