



DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL *SÍNDROME DE PUERITIA AD TEMPUS*

Alejandra Torresleón¹

RESUMEN

Los primeros registros del *Síndrome de Pueritia ad Tempus* (SPT) datan del Siglo XVIII. Sin embargo, no es sino hasta el siglo XXI cuando la World Association of Disorders and Alterations of the Conduct (WADAC) incluye al *SPT* en el *Manual Estadístico de Diagnóstico y Tratamiento* en su versión XXXII (SMDT-XXXII). Desde entonces, los casos de *Síndrome de Pueritia ad Tempus* han incrementado de forma exponencial. El presente artículo presenta los principales hallazgos sobre la definición y la etiología del *SPT*. El artículo es una contribución para el estudio detallado y minucioso del *SPT*.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de *Pueritia ad Tempus*, Infancia temporal, desorden conductual, trastorno infantil.

Enviado: 28/08/2020.

Aceptado: 13/04/2021.

Publicado: 11/07/2021.

¹ Doctora en Ciencias Neurálgicas por la Universidad Nórdica de Cambridge. Miembro distinguido de World Association of Disorders and Alterations of the Conduct (WADAC). Miembro del grupo de Investigación de la Clínica Latinoamericana Especializada en Pueritia ad Tempus (CLEPT). Miembro de la Asociación Interamericana de Pueritia ad Tempus (AIPT). Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Conductas Disociativas de la Universidad de Genova.



INTRODUCCIÓN

El SMDT-XXXII (*Manual Estadístico de Diagnóstico y Tratamiento*, versión 32°), es el manual más utilizado por especialistas de la salud conductual para emitir diagnósticos y ofrecer tratamientos certeros para los desórdenes y las alteraciones de la conducta en etapas tempranas de vida. La WADAC (2001), responsable de la elaboración del manual, incluyó en la última revisión al *Síndrome de Pueritia ad Tempus* (SPT).

A partir de la definición del SPT, muchos especialistas y asociaciones nacionales e internacionales se han visto en la necesidad de contribuir a la precisión de la etiología del síndrome. El presente artículo contiene información importante sobre el SPT. Se incluye su definición, datos epidemiológicos, etiología, consideraciones para la presentación clínica y para la emisión de un diagnóstico certero. Se incluyen además fragmentos de entrevistas realizadas a pacientes con SPT y la caracterización de los síntomas. Se sugiere a especialistas en el tema continuar con el estudio del síndrome para ampliar los conocimientos sobre el tema y la posible generación de diversos tratamientos.

DEFINICIÓN

La WADAC describe al *Síndrome de Pueritia ad Tempus* como la aparición divergente, repentina o gradual de tres o más de los siguientes síntomas:

- a) Inquietud (*Profugus inexcogitabilis*). Incapacidad para mantener el cuerpo en inmovilidad relativa hasta concluir una actividad. Este síntoma se presenta en dos etapas. La primera etapa, *Profugus Inexcogitabilis Tipo Alfa* (PI-A), es asociada a una incapacidad biológica para mantenerse quieto, y surge durante los primeros síntomas



del *Pueritia ad Tempus*. La *Profugus Inexcogitabilis Tipo Beta* (PI-B), surge en la etapa tardía del *SPT*. Esta segunda etapa emerge como producto de las intervenciones para el tratamiento de la *Pueritia ad Tempus*. Investigaciones recientes demuestran que la *PI-B* es una complicación iatrogénica del tratamiento aplicado ante la aparición de la *PI-A*. Sin embargo, de no continuar con el tratamiento, el cuadro clínico se complicaría hasta llevar al paciente a un deceso prematuro.

- b) Alegría (*Risu incontinentia*). Expresión facial que implica el movimiento de la boca alargando las comisuras de los labios hacia los huesos cigomáticos, ya sea sutilmente o con tensión. La expresión regularmente se acompaña de sonidos guturales estruendosos generados en el diafragma. El síntoma se presenta de forma intermitente ante pequeñas excitaciones de causas disociadas de la realidad inconexa.
- c) Desobediencia (*Non-subditos*). Alteraciones de ocurrencia en la capacidad adaptativa en la vida actual. Se observan dificultades adaptativas en las siguientes áreas: comunicación personal, vida doméstica, habilidades interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, salud, seguridad, administración financiera, productividad, delimitación del uso de la propiedad privada ajena, actividades lúdicas reguladas en espacios institucionales.
- d) Procastinación (*Otiosum*). Periodos cortos de atención y serias dificultades de concentración. Bajo rendimiento en pruebas estandarizadas diseñadas para la medición de habilidades académicas funcionales. Bajo o nulo rendimiento en la producción de ganancias económicas. Se estima que más del 80% de la población mundial que padece *SPT* no forma parte de la población económicamente activa.



- e) Negación a la higiene (*Sordidum macula*). Dificultad y/o negación para realizar y asimilar hábitos de higiene y arreglo personal de forma rutinaria, habitual y compulsiva.
- f) Sinceridad (*Sinceritate*). Muestras de afecto o disgusto auténtico que suele presentarse sin mediaciones o mediciones cultural o socialmente permitidas. Este síntoma suele asociarse también al *Trastorno de Conducta Disruptiva*.
- g) Alimentación selectiva (*Electionem pascentium*). En la etapa temprana del *Síndrome de Pueritia ad Tempus* no suele presentarse este síntoma. Sin embargo, aparece de forma gradual y suele incrementarse hasta convertirse en una penitencia para los cuidadores del paciente.

EPIDEMIOLOGÍA

Las últimas décadas se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del *Síndrome de Pueritia ad Tempus*. Los resultados no muestran asociaciones consistentes. Los expertos coinciden en que la inestabilidad y la intermitencia de los síntomas dificulta la emisión de un diagnóstico certero. En 2019, la World Association of Disorders and Alterations of the Conduct (WADAC) publicó su Informe Anual de Actividades, en donde se advierte que el 25% de la población mundial padece actualmente de *SPT* y el 100% de la población lo padeció durante una etapa temprana de vida.

Un estudio realizado por la Clínica Latinoamericana Especializada en Pueritia ad Tempus (CLEPT, 2020) determinó que algunos pacientes que superaron con éxito el *SPT*, mostraron la aparición de síntomas reincidentes años después de haber concluido con el tratamiento.



Cuando los síntomas aparecen se requiere de la intervención de especialistas para la erradicación del *SPT*. Los estudios realizados por la CLEPT han demostrado que una intervención temprana ante los primeros indicios de cualquier síntoma son la clave del éxito para la erradicación del *SPT*, independientemente de la etapa de desarrollo en que se encuentre el paciente.

La Asociación Interamericana de Pueritia ad Tempus (AIPT, 2018) demostró que, en pacientes de edad avanzada, los síntomas emergen de forma múltiple y repentina. La AIPT reporta la presencia de síntomas en pacientes que superan los 70 años de edad. Algunos investigadores se adscriben a la hipótesis de un posible periodo de latencia de entre 50 y 60 años del *SPT* (Xang et al, 2007; Jhonson et al, 2011; Hernández et al, 2018). Distinguidos investigadores miembros de las más destacadas Asociaciones de *SPT* afirman que el Síndrome no desaparece por completo, sino que tiene una etapa de latencia que varía de un paciente a otro.

ETIOLOGÍA

Existen factores de riesgo que hacen al paciente susceptible del padecimiento. El *SPT* es un proceso multicausal y complejo en el que se ven involucradas las siguientes variantes:

COMPONENTES PERSONALES

Edad. Se desarrolla generalmente en los 14 años posteriores al nacimiento, aunque algunas investigaciones recientes (Sánchez et al, 2001; Smith et al, 2002; Lee et al, 2005) demuestran que puede prolongarse hasta los 16 años.



Variables familiares. Se observa una prevalencia del *SPT* en pacientes pertenecientes a familias funcionales, disfuncionales, extensas, reducidas, nucleares, multinucleares, monoparentales, biparentales, triparentales, tetraparentales, homosexuales, heterosexuales, *queer*, múltiples, reconstruidas, compuestas, adoptivas, fragmentadas, reparadas, concluidas, univocales, multivocales, erróneas, resarcidas y las no clasificables.

Temperamento. No existen diferencias significativas que incidan en la emergencia del *SPT*. Sin embargo, se observa que la presencia de esta variable es importante en la intensidad de los síntomas.

Género. No existen diferencias significativas que incidan en la emergencia del *SPT*.

Clase social. No existen diferencias significativas que incidan en la emergencia del *SPT*.

FACTORES SOCIALES. No existen diferencias sociales significativas que incidan en la emergencia del *SPT*. Sin embargo, se observa que, en pacientes pertenecientes a una clase social privilegiada, los síntomas del *SPT* desaparecen a una edad más temprana debido a la severidad de los tratamientos morales implementados para su erradicación.

FACTORES AMBIENTALES. El *SPT* surge independientemente de los factores bióticos o abióticos a los que ha sido expuesto el paciente.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Niveles:



- Leve. Los síntomas se controlan con una intervención mínima.
- Moderado. Los síntomas se controlan con una intervención medianamente severa.
- Grave. Los síntomas ponen en peligro la imagen social del paciente y de sus cuidadores.
- Extrema. Los síntomas ponen en peligro la vida del paciente y de sus cuidadores.

Etapas:

- Inicial: 0 – 5 años.
- Temprana: 5 – 12 años.
- Tardía: 12 – 18 años.
- Latente: 18 – 70 años.
- Regresiva: 70 años y más.

DIAGNÓSTICO

Existen diferentes criterios de diagnóstico que describen fenotipos en los pacientes. El *SPT* se relaciona con alteraciones en la conducta. Se trata de un síndrome muy heterogéneo y las manifestaciones son diversas entre la población.

Se confirma la presencia de *SPT* si el paciente se encuentra dentro del parámetro de las edades de riesgo (0 a 18 años después de su nacimiento) y presenta uno o más de los indicadores especificados en el SMDT-XXXII en sus diferentes manifestaciones y con sus distintas intensidades e incidencias.

ENTREVISTAS CON PACIENTES

Sí me gusta la banana, pero si mi M. quiere que me coma el brócoli yo no quiero. Sabe feo y lloro después. También la manzana sí me gusta, pero el brócoli no y el tomate no, tiene semillas feas.	
L. Paciente de 4 años.	SPT Grave en Etapa Inicial.
Cuadro sintomático perceptible:	• Alimentación selectiva.



Es que mi M. me dice que tengo que estar sentada hasta que termine la tarea. Pero a veces sí me puedo sentar nomás un ratito, pero no tanto tiempo por que me aburro. Entonces me voy al baño o le digo que tengo hambre. Y entonces cuando voy al baño veo tantito la tele cuando mi hermanito está viendo caricaturas. Y ya cuando estoy en el baño me pongo a jugar o algo. No me gusta estar tanto tiempo sentada, me aburro y me canso y no, no me gusta.	
R. Paciente de 9 años.	SPT Moderado en Etapa Temprana.
Cuadro sintomático perceptible:	<ul style="list-style-type: none"> • Procastinación imperante. • Desobediencia patológica. • Inquietud disociativa.

Sí, sí me gusta B.E. Es muy divertido. Siempre hace cosas graciosas. A veces me da tanta risa que me duele la panza, pero no tanto como una vez que mi hermanito se rio tanto que se hizo pipí (se ríe a carcajadas). También estaba mi prima, pero ella tiene 8 años y nomás lloró de la risa. Hasta me dolieron los cachetes a mí.	
G. Paciente de 7 años.	SPT Extrema en Etapa Temprana.
Cuadro sintomático perceptible:	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría disruptiva.

Ya le digo a mi P. que no quiero bañarme. Mejor me gusta bañarme en la mañana.	
U. Paciente de 6 años.	SPT Grave en Etapa Temprana.
Cuadro sintomático perceptible:	<ul style="list-style-type: none"> • Negación a la higiene imperante.

Yo ya no estoy para esos trotes. Ya lo que quiero es una vida tranquila, ver a mis nietos reír, leer un libro, dormirme una siesta. Ahí nada más andan mis H. diciéndome qué hacer: “Apá, báñese, lávese las manos”. Sí, cómo no. A esta edad ya sabe uno que poco veneno no mata. Ahí traen a los chamacos que no les dé ni un rayo de sol y se la pasan enfermos. Cuando éramos niños comíamos tierra y salimos bien sanos. Ahora, quesque alérgicos a la leche, hazme el favor. ¿Cuándo has visto a un mamífero alérgico a la leche? ¡Chavalos enfermizos hijos de papás consentidores!	
S. Paciente de 76 años	SPT Extrema en Etapa Regresiva.
Cuadro sintomático perceptible:	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría disociativa. • Desobediencia patológica. • Procastinación severa. • Alimentación atípica.

Pues es que a veces se me olvida. Mi P. siempre me dice “lávate las manos, lávate las manos, lávate las manos”; y yo: “ya sé, ya sé, ya sé”, pero me da flojera. Nomás me veo las manos, pero si no se ven sucias ya mejor me voy a comer. Ah, y también lo mismo con	
---	--



los dientes: “lávate los dientes, lávate los dientes”, pero siempre se me olvida, y ya cuando me acuerdo ya tengo mucho sueño y pues mejor me duermo por que ando cansada. Y luego pienso “Ay, no. Mañana me los lavo mejor”, pero siempre se me olvida otra vez.	
C. Paciente de 12 años.	SPT Grave en Etapa Temprana/Tardía.
Cuadro sintomático perceptible:	<ul style="list-style-type: none">• Desobediencia patológica.• Negación a la higiene atípica.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Se estima que el *SPT* tiene una tendencia a superarse de forma natural. Sin embargo, especialistas en el tema sugieren la aplicación de tratamientos tempranos para evitar la complicación del cuadro sintomático.

Los tratamientos sugeridos van desde miradas fulminantes hasta castigos corporales, incluida la *Alpargatus Volatis Técnico*.

Aunque las asociaciones más prestigiosas de nuestros tiempos se encuentran realizando exhaustivas investigaciones sobre el tema, aún no se encuentran métodos para prevenir el *SPT*.

CONCLUSIONES

Aunque el *SPT* es considerado entre los desórdenes conductuales con mayores incidencias de los últimos años, no existen suficientes insumos de origen científico que permita conocer más detalles sobre el *SPT*. Se sugiere a la comunidad de especialistas continuar con las investigaciones que permitan conocer de forma minuciosa el *SPT* en sus distintas etapas, niveles y modalidades.



Manuales como el SMDT-XXXII, el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) en sus múltiples versiones, y el CEI-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) en sus numerosas actualizaciones, han realizado acuciosas investigaciones con bases que van del terreno de la biología, al psicoanálisis, la antropología, la historia, la medicina, la sociología, la chamanería, la botánica, los discursos jurídicos, políticos, legales, religiosos y morales.

No queda más que agradecer a las asociaciones nacionales e internacionales de la salud mental por la oportunidad de presenciar la aparición y desaparición de trastornos, desórdenes y síndromes como la homosexualidad, la infancia, el analfabetismo, la pobreza, el síndrome cultural latinoamericano, el trastorno impulsivo de violador, el trastorno por dolor, trastornos ficticios, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Interamericana de Pueritia ad Tempus (2018), *Casos atípicos de reincidencia de SPT*, Salud Psíquica, Vol. 12, Núm. 7, pp. 65-71.
- Clínica Latinoamericana Especializada en Pueritia ad Tempus (2020), *Diagnóstico y etiología de SPT*, Estudios clínicos, Vol. 43, Num. 5, pp. 32-38.
- Hernández, P.; Pérez, R.; Méndez, T.; Martínez, Q. (2018), Etapa de latencia en el SPT. Una posibilidad discrónica, *Revista de cuidados conductuales y regulación de la salud*, Vol. 32, Núm. 6, pp. 92-115.
- Jhonson, J.; Smith, J.; Brown, F.; Davis, L. (2011), *Sobre la reincidencia en el SPT, un caso atípico recurrente*, Salud, control y bienestar, Vol. 8, Núm. 9, pp. 76-84.
- Lee, L.; Xang, J.; Wong, O.; Wang, P.; Zhang, L. (2005), *Detección y tipificación del SPT. Consideraciones etiológicas*, *Revista de la Asociación Interamericana de Pueritia ad Tempus*, Vol. 8, Núm. 54, pp. 43-65.
- Sánchez, L.; Torres, A.; Méndez, J.; Velázquez, I.; Mendieta, F. (2001), *Etiología y diagnósticos del SPT*, *Regulación infantil*, Vol. 4, Núm. 5, pp. 65-82.



Smith, M.; Jones, H.; Williams, T. (2002), *Diagnóstico y tratamiento temprano en pacientes con SPT*, Revista especializada en regulación conductual infantil, Vol. 6, Núm. 32, pp. 45-67.

World Association of Disorders and Alterations of the Conduct (2001) *Manual Estadístico de Diagnóstico y Tratamiento, versión XXXII*.

Xang, J.; Lee, C.; Yang, L.; Zaho, M. (2007), *Reincidencia de STP*, Revista Americana de Medicina Conductual, Vol. 4, Núm. 8, pp. 23-34.