

Editorial: Enfermedad psicógena masiva

Durante las primeras semanas de mi capacitación en el Programa Mexicano de Entrenamiento en Epidemiología de Campo, conocido como Residencia en Epidemiología Aplicada, fui asignado a un equipo que respondía a un brote en una escuela secundaria, en San Francisco del Oro, al norte de México. La principal actividad económica del pueblo giraba en torno a la planta local de la Compañía Americana de Fundición y Refinación (ASARCO por sus siglas en inglés), que extraía plomo, plata y oro. Algunos de los procedimientos de refinado de la época implicaban el uso de sulfuro de hidrógeno (H_2S), también conocido como gas de alcantarilla, para la extracción de oro y plata.

El brote, del que se informó a la División de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México el 27 de septiembre de 1985, había comenzado a principios de ese mismo mes y había afectado a 43 niños. Algunos miembros locales del partido de oposición de derecha, el Partido de Acción Nacional, habían organizado varias reuniones de la asociación de padres de familia. Los principales síntomas registrados fueron mareos, desmayos, dolores abdominales y de cabeza, que duraron unos minutos y se produjeron durante los ensayos matinales en el patio de la escuela en preparación de la tradicional marcha programada para el Día de la Independencia de México. La escuela se encuentra a 300 metros de los patios de la planta de ASARCO. La primera vez que ocurrieron los episodios, según los alumnos, fue provocada por el olor a huevos podridos que desprendía la fábrica. Durante la reunión de padres de familia, los padres expresaron la misma preocupación por el funcionamiento de la planta. Los episodios se repitieron todas las mañanas de la semana en que los alumnos se reunieron en el patio del colegio hasta que los ensayos se interrumpieron debido al brote. La epidemiología descriptiva mostró claramente una preponderancia femenina de 4:1, que pocos alumnos seguían enfermos, aunque algunos habían sido enviados a hospitales de la Ciudad de México, y de San Antonio, Texas. Uno de los profesionales sanitarios locales compartía la idea de que el trastorno podía ser psicógeno, y mi colega en prácticas de segundo año, el Dr. Héctor Gómez-Dantés, también se mostró escéptico

sobre el posible papel de un factor ambiental, que yo perseguí durante semanas. Recogí muestras de sangre, orina y polvo doméstico. El laboratorio nacional encontró altos niveles de plomo en la sangre de los estudiantes, pero no había diferencias entre los afectados y los que no padecían la enfermedad. Cuando regresamos a Ciudad de México, nuestro asesor del CDC, el Dr. James Koopman, puso a nuestra disposición archivos de informes de brotes similares, bien documentados, en EE.UU. y en otros lugares, diagnosticados como enfermedad psicógena masiva. Preparamos nuestro informe afirmando que el brote era efectivamente un brote de enfermedad psicógena. Compartimos nuestros hallazgos con las autoridades locales, recomendando reducir el nivel de atención excesiva que recibían los escolares. Sin embargo, esto último no ocurrió: nuestra historia apareció en todos los medios de comunicación y, según una nota, estábamos "vendidos" a ASARCO. Algunos de los niños siguieron sintiéndose mal durante casi un año, y no hubo un diagnóstico concluyente por parte de los hospitales de Ciudad de México o San Antonio. Años más tarde, me asombró oír de boca de un activista ecologista la afirmación de que el incidente marcó "el nacimiento del movimiento ecologista en México".

Hoy, vuelvo a esta historia de hace casi cuatro décadas, para compartir con los lectores de la Revista, una palabra de advertencia sobre la enfermedad psicógena masiva (EPM) o histeria epidémica [1, 2], una enfermedad epidémica, que a menudo se omite durante los cursos introductorios de epidemiología de campo.

La EPM, según Wessely, tiene dos formas: histeria de ansiedad masiva e histeria motora masiva. La mayoría de las veces, aunque no siempre, afectan más a las mujeres que a los hombres. La primera suele darse en adolescentes y consiste en dolor abdominal, desmayos, mareos, opresión en el pecho, hiperventilación, náuseas, palpitaciones y ansiedad. Los episodios duran sólo unas horas, rara vez se repiten, se propagan rápidamente por la línea de visión y no se registra el caso inicial. La histeria motora masiva, como su nombre indica, consiste en anomalías motoras como convulsiones, paresia, movimientos involuntarios parecidos a bailar, agitación, trances, ataques de colapso o de caída, que duran de semanas a años. Se propaga lentamente y a menudo hay un caso inicial registrado y

condiciones preexistentes [1]. La videoelectroencefalografía (VEEG) muestra la ausencia de actividad cerebral epiléptica, y tales trastornos se denominan ahora crisis psicógenas no epilépticas [3]. Hay que tener cuidado con la VEEG y otros estudios sofisticados, ya que provocan más ansiedad.

En su revisión de la literatura sobre el tema de la histeria epidémica hasta 1997, la Dra. Leslie Boss demostró que el número de personas afectadas en cada brote de EPM ha aumentado en los últimos años, mientras que la preponderancia femenina ha disminuido. También descubrió que los acontecimientos o reuniones y los rumores eran los factores que más desencadenaban las epidemias [2].

En 1999 se produjo en Bélgica un gran brote de una enfermedad consistente en náuseas, vómitos, dolor abdominal, mareos y dolor de cabeza relacionada con el consumo de productos de Coca-Cola [4]. Los casos empezaron en un instituto de secundaria, y en una semana se extendieron a otros cuatro institutos. Hubo una alerta y el centro de llamadas belga de intoxicaciones registró más de 1.400 llamadas telefónicas. Coca-Cola anunció que había contaminación de sus productos con 4-cloro-3-metilfenol, un fungicida, en una dosis baja, retiró millones de latas y cerró temporalmente sus operaciones en Europa. Ese mismo año, durante una reunión científica del Programa Europeo de Epidemiología Intervencionista (EPIET), escuché una de las primeras presentaciones sobre este brote, y recuerdo que saqué a colación la epidemia de San Francisco del Oro de 1985. Creo que mi crítica fue bien recibida. Los autores del artículo publicado reconocieron que la excesiva cobertura y respuesta al brote intervinieron en la propagación de la epidemia.

La ansiedad en sí es transmisible y se propaga a través de rumores y reuniones. Como se demostró en el brote de San Francisco del Oro, compartir la experiencia de un olor o un gas, o simplemente la idea de ello, puede desencadenar el comportamiento y las conversiones de la mente al cuerpo, dando lugar a un fenómeno de masas. Los rumores se propagan de boca en boca o a través de Internet y

han dado lugar a brotes de eventos adversos a las vacunas relacionados con la ansiedad que han perturbado los esfuerzos de inmunización en todo el mundo [5].

Algunos creen que el llamado síndrome de La Habana podría ser una forma de EPM [6], pero las pruebas a favor o en contra siguen siendo limitadas. Recientemente se produjo en Irán una epidemia que afectó a miles de colegialas que presentaban "fatiga, ardor de garganta, náuseas, dolores de cabeza y entumecimiento, a veces experimentados tras oler una variedad de olores" [7], lo que obligó al gobierno a culpar a la intervención extranjera. Podía o no resultar ser EPM, y aunque se estaban investigando factores ambientales y otros factores de riesgo, como escribió Wessely la EPM "no es un diagnóstico de exclusión" [1]. Es poco probable que un factor ambiental afecte sólo a las jóvenes escolares.

Disminuir los niveles de ansiedad es la estrategia más importante para tratar la EPM. Hay que asegurar que la enfermedad es real, evitar negar su importancia y, al mismo tiempo, informar de que en la mayoría de los casos es benigna y autolimitada, y que no habrá víctimas mortales. Hay que evitar las pruebas innecesarias, ya que sólo aumentan la ansiedad. El profesional de la epidemiología debe trabajar con los medios de comunicación y otras personas que alimentan rumores para explicar que no hay sustancia en los rumores e incluir una estrategia para tratar con los medios sociales [8].

Víctor M. Cárdenas

Redactor en jefe

Referencias

1. Wessely S. Mass hysteria: two syndromes? *Psychol Med.* 1987;17(1):109-120. doi:10.1017/s0033291700013027
2. Boss LP. Epidemic hysteria: a review of the published literature. *Epidemiol Rev.* 1997;19(2):233-243. doi:10.1093/oxfordjournals.epirev.a017955

3. Bodde NM, Brooks JL, Baker GA, et al. Psychogenic non-epileptic seizures--definition, etiology, treatment and prognostic issues: a critical review. *Seizure*. 2009;18(8):543-553. doi:10.1016/j.seizure.2009.06.006
4. Gallay A, Van Loock F, Demarest S, Van der Heyden J, Jans B, Van Oyen H. Belgian Coca-Cola-related Outbreak: Intoxication, Mass Sociogenic Illness, or Both?, *American Journal of Epidemiology* 2002; 155 (2): 140–147, <https://doi.org/10.1093/aje/155.2.140>
5. Loharikar A, Suragh TA, MacDonald NE, et al. Anxiety-related adverse events following immunization (AEFI): A systematic review of published clusters of illness. *Vaccine*. 2018;36(2):299-305. doi:10.1016/j.vaccine.2017.11.017
6. Bartholomew RE, Baloh RW. Challenging the diagnosis of 'Havana Syndrome' as a novel clinical entity. *J R Soc Med*. 2020;113(1):7-11. doi:10.1177/0141076819877553
7. Catanzaro M. Suspected Iran schoolgirl poisonings: what scientists know. *Nature*. 2023;615(7953):574. doi:10.1038/d41586-023-00754-2.
8. Vasterman P, Yzermans CJ, Dirkzwager AJE. The Role of the Media and Media Hypes in the Aftermath of Disasters, *Epidemiologic Reviews* 2005; 27 (1): 107–114, <https://doi.org/10.1093/epirev/mxi002>